Nr. 25. 22. czerwca 1924. Rok III.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Prof. Dr. CIECHANOWSKI, Kraków.
Dr. J. MOROZOWA i Dr. Marja WILHELMI.

W sprawie nowotworów po- smołowych

Z Zakładu Anatomji Patologicznej U. J.
Doniesienie tymczasowe I.

(Według demonstracyj w Towarzystwie lek. Krakowskiem w d. 16. i 30. IV. 1924).

W badaniach spraw chorobowych można dowolnie układać i zmieniać warunki, a więc w znacznej części panować nad materjałem, tylko wtedy, jeśli posługuje się eksperymentem. Dlatego zamierzając przeprowadzić pewne badania z zakresu raka, wymagające dowolnej zmiany warunków, podjęto w Zakładzie próby sztucznego wywołania raka. Z dróg do tego wiodących nie mogły wchodzić w rachubę naświetlania rentgenowskie i radowe, jako zbyt niepewne; z dwóch innych znanych dotąd dróg wybrano smołowanie, jako pewniejsze i łatwiejsze od żywienia szczurów spiropterą.

Jednakże i smołowanie niezawsze jest skuteczne. I tak n. p. Yamagiwa i Itchikawa, którzy najpierwsi uzyskali wyniki dodatnie, wywołali raki tylko w 22,5% doświadczeń, chociaż łagodne nowotwory (gruczolaki, brodawczaki) powstawały w 70–100%, Murray wywołał czystą smołą raki tylko w 50% (wyciągiem eterowym w 88%), Roussy tylko w 30% [1]), natomiast Itchikawa i Baum [2]) czystą smołą w 83%. Niektórym badaczom (Russel, Halberstädter i i.) wogóle nie powiodło się wywołać nowotworów posmołowych. Z polskich badaczy ogłosił próby swoje, podjęte na szczurach, jednakże również bezskuteczne, Paszkiewicz [3]).

Przyczyną zupełnych niepowodzeń, lub gorszych wyników mogło być bądź użycie gatunków albo odmian zwierząt, nie ulegających działaniu smoły, bądź użycie takiej smoły, która zawierała za mało skutecznych składników [4]) bądź wreszcie nieodpowiednia metoda doświadczeń.

Gatunek zwierząt ma napewno wielkie znaczenie, czego dowodzą: zupełne niepowodzenie prób na morskich świnkach, u których także i w naszym Zakładzie nie zdołano dotąd wywołać nowotworów posmołowych, oraz trudność wywołania raka u szczurów, które powiodło się tylko Parodiemu. Daleko mniejsze znaczenie ma odmiana użytego gatunku. Wprawdzie we Francji przypisywano niepowodzenia użyciu francuskiej odmiany szarych królików, jednakże Itchikawa i Baum [5]) dowiedli, że odmiana ta jest równie podatna, jak japońska. Jednak i ci badacze przypuszczają, że białe odmiany królików są nieodpowiednie, niepowodzenia innych autorów przypisują wszakże głównie niewłaściwej metodzie doświadczeń.

Pierwszem przeto zadaniem naszem było przekonać się, czy ta odmiana królików, którą mogliśmy rozporządzać t. j. biała, polska, do doświadczeń się nadaje, drugiem, czy metoda Itchikawy i Bauma jest istotnie skuteczniejsza od innych i czy wewnętrzne podawanie arsenu, stosowane przez nich, ma wpływ na szybkość rozwoju nowotworów posmołowych. Wreszcie, uważając smołowanie za metodę wbrew pozorowi — nie prostą, lecz złożoną z działania kilku czynników (toksyczne działanie ogólne, miejscowe działanie chemiczne, ale zarazem działanie mechaniczne przez zeskrobywanie zaschłej smoły i nawet przez samo pędzlowanie), chcieliśmy przekonać się, czy zwiększenie tego kompleksu warunków przez dodanie jeszcze jednego czynnika — termicznego, wpłynie na przyśpieszenie rozwoju zmian.

Do doświadczenia służyło 12 zwykłych białych królików, wagi 1000–2000 gr., zakupionych na targu. Króliki podzielono na 2 grupy po 6 sztuk, które karmiono jednakowo, dodając tylko do pokarmów królikom jednej grupy codziennie po 0,5 cm³ *Sol. kali arsenicosi* $^2/_{100}$. Smołowanie polegało na pędzlowaniu wewnętrznej powierzchni uszu półpłynną smołą pogazową z gazowni krakowskiej i odbywało się co 3–6 dni, przyczem warstwę smoły z poprzedniego pędzlowania usuwano (dość mozolnie), zeskrobując ją szczypczykami lub grzbietem skalpela. W połowie 3 tygodnia wprowadzono do doświadczeń czynnik termiczny stosując na 4 uszach smołę ogrzaną do 45–50° C.

Stan ogólny wszystkich królików zrazu wyraźnie się pogorszył. Trzy króliki rychło padły, jeden z przyczyny przypadkowej, dwa wskutek zatrucia wessanemi składnikami smoły. Stan reszty po 25 dniach poprawił się, zwłaszcza tej grupy, która otrzymywała arsen, a obecnie po 8 tygodniach od początku doświadczenia, wzrosła waga 5 królików o 100–350 gr. waga 2 królików spadła o 90–210 gr. Wpływu podawania arsenu na stratę lub przybytek wagi nie można ocenić wobec małej liczby doświadczeń.

Oddziaływanie skóry na smołę polegało początkowo na zupełnej utracie włosów i na coraz silniejszem łuszczeniu się naskórka, później na pogłębianiu i rozszerzaniu się uchyłków torebek włosowych. 17-go dnia od rozpoczęcia doświadczenia u jednego królika z grupy arsenowej zauważono guzek wielkości dużej główki szpilki, ściśle odgraniczony, twardy, o gładkiej powierzchni. Guzek ten stale się powiększał i między 25 a 30 dniem zaczęły pojawiać się guzki podobne u innych królików, także z grupy arsenowej, a 35 dnia wystąpiły również u 2 królików, którym arsenu nie podawano. (Ogółem guzki wystąpiły w 70%). Wielkości ziarna grochu doszedł pierwszy guzek 30 dnia, wielkości orzecha laskowego 49 dnia. Wzrost guzków jest szybszy u królików z grupy arsenowej.

W guzku wielkości ziarna soczewicy, wyciętym 30 dnia, znaleziono przy badaniu mikroskopowem okres rozwoju, odpowiadający obrazowi okresu brodawczakowego *(stade papillomateux)* autorów japońskich i francuskich. Rogowacenie na powierzchni jest wzmożone, naskórek zgrubiały pokrywa nieregularnie brodawki skóry, które są znacznie wydłużone i miejscami się rozgałęziają. Granica między naskórkiem a skórą właściwą jest ostra, wyraźna, błona podstawna wszędzie zachowana.

Badanie mikroskopowe guzka wielkości grochu, wyciętego 30 dnia, dało obraz następujący: Powierzchnia naskórka pokryta jest grubą warstwą zrogowaciałą, nabłonek buja głęboko w tkankę podskórną, w postaci litych, nieregularnych pasm, a wśród nich widać bardzo liczne cebulaste twory z rogowaciejącego nabłonka, silnie barwiące się eozyną — perły nabłonkowe. Granica dolna naskórka miejscami jest zatarta, błonka podstawna poprzerywana, co wskazywałoby, że sprawa staje się złośliwą. W komórkach nabłonkowych, szczególnie w warstwie powierzchownej znajdują się tak w protoplazmie, jak i w jądrach, grudki ciemnego barwika. W tkance łącznej podścieliskowej nie ma wyraźnych zmian. Obraz ten odpowiada w zupełności okresowi, którzy autorzy zagraniczni nazwali okresem przedrakowym *(stade precancereux)*.

---

[1]) Wszystkie, aż do początku roku 1923 ogłoszone badania (32 prace 29 autorów) zestawił bardzo starannie Paszkiewicz (Wydawn. Polsk. Komitetu do zwalczania raka, Serja naukowa Nr. 1. »Nowotwory« 1923).

[2]) Bull. de l'assoc. fr. p. étude du cancer 1923. N. 9.

[3]) Gazeta lekarska 1922. Nr. 36. oraz l. c.

[4]) Najlepsze wyniki uzyskiwał Deelman frakcją smoły, przekraplającą się przy 150–255°, Bloch frakcją 400–440°, Jordan pozostałością stałą po destylacji przy 400° (Paszkiewicz l. c.).

[5]) l. c.

Guzek wielkości 10×10×6 mm., wycięty 60 dnia, ma mimo swej wielkości mikroskopowe cechy brodawczaka.



Objaśnienie ryciny:
U nasady ucha królika widać guzek wielkości 14×10×8 mm. Od początku smołowania 35 dni. (Z jednej strony retuszowano białą linją granicę guzka, ponieważ na fotografji wyszła ona niewyraźnie wskutek cienia, padającego za guzkiem i ciemnego strupa, pokrywającego owrzodziałą już powierzchnię guzka). Na rycinie widać wyraźnie znaczne łuszczenie skóry na całem uchu.

Bujanie nabłonkowe dociera do chrząstki usznej, ale w nią nie wkracza.

Wnioski:

1. Zmiany nowotworowe posmołowe dają się łatwo wywołać wbrew przypuszczeniu Itchikawy i Bauma także u białej (polskiej) odmiany królików. 2. Wiek dorosłego zwierzęcia nie ma, jak się zdaje, wpływu na powstawanie tych zmian. 3. Wynik dodatni i szybkość rozwoju zmian zależy w znacznym stopniu od metody doświadczenia, wprowadzającej współdziałanie czynnika mechanicznego. 4. Równoczesne wewnętrzne podawanie arsenu przyśpiesza znacznie rozwój zmian. 5. Równoczesne stosowanie czynnika termicznego nie wywołało w dotychczasowych doświadczeniach wpływu na szybkość rozwoju 6. Do wywołania zapomocą smoły zmian przed-rakowych wystarcza przy stosowaniu metody Itchikawy i Bauma już 30 dni, a więc nawet nieco mniej, niż oni podają (35 dni). 7. Przebieg zmian był w naszych doświadczeniach w ogólnym zarysie podobny do przebiegu w doświadczeniach Itchikawy i Bauma.

Dr. med. Włodz. FILIŃSKI, st. asystent kliniki. Warszawa.

Przyczynek do techniki zgłębnikowania dwunastnicy.

(Z I Kliniki chorób wewnętrznych Uniwersytetu Warszawskiego. Dyrektor: prof. dr. A. Gluziński.)

Wprowadzenie zgłębnikowania dwunastnicowego zawdzięczamy amerykańskiej szkole; w 1910 roku Einhorn i Gross podali prawie równocześnie sposób wydobywania treści dwunastnicowej zapomocą specjalnie do tego celu zastosowanych zgłębników. Dzięki tej zdobyczy dali nam możność otrzymywać bezpośrednie dane o wydzielaniu trzustki i wątroby oraz o zachowaniu się dwunastnicy i dróg żółciowych, stwarzając nowy dział w djagnostyce lekarskiej. Z biegiem czasu zgłębnik dwunastnicowy znalazł zastosowanie i w lecznictwie, bądź przez wprowadzanie leków, bądź też pokarmów wprost do dwunastnicy z pominięciem żołądka.

Wykonanie zgłębnikowania, podane przez Einhorna przebiega w następujący sposób. Chory połyka powoli zgłębnik, składający się z cienkiej, gumowej rurki i umocowanej na jej końcu metalowej oliwki z drobnemi otworami. Aby ułatwić posuwanie się zgłębnika, należy zwilżyć go uprzednio ciepłą wodą. W krótkim czasie chory połyka rurkę do głębokości czterdziestu kilku centymetrów od przednich zębów i wtedy oliwka znajduje się już w żołądku poza wpustem. Teraz chory kładzie się i trzyma lekko otwarte usta, ażeby nie utrudniać dalszego posuwania się zgłębnika. Zewnętrzny koniec gumowej rurki przywiązuje się do ucha, a chory dla odwrócenia uwagi w inną stronę, może się zająć czytaniem. Po trzech kwadransach lub po godzinie badający wyciąga strzykawką treść. Jeżeli barwa jej jest żółta, a oddziaływanie zasadowe, to zazwyczaj oliwka znajduje się w dwunastnicy. W przeciwnym razie zgłębnik zwinął się w żołądku; wtedy należy go wyciągnąć z powrotem do 56 cm i czekać dalej. W ten sam sposób postępuje również i Gross, dodając jedynie położenie chorego na prawym boku, aby ułatwić przejście zgłębnika do dwunastnicy. Czas potrzebny na wykonanie zgłębnikowania może trwać, według tych autorów, od trzech kwadransów do kilku godzin, w zależności od przypadku.

Ogromna strata czasu, która nie da się zgóry przewidzieć, była przyczyną tego, że zgłębnikowanie dwunastnicowe, otwierając nowe horyzonty i rokując nowe nadzieje, nie weszło jednak do ogólnego użytku. Nic też dziwnego, że w licznych artykułach z tej dziedziny porusza się często trudności zgłębnikowania, a niektóre przyczynki poświęcone są wyłącznie opracowaniu techniki, co będzie również przedmiotem i niniejszego doniesienia.

Przedewszystkiem omówię tu trudności napotykane przy wprowadzaniu zgłębnika i sposoby, jakie zaproponowano dla ich przezwyciężenia; następnie zajmę się krytyczną oceną tych rzeczy i wreszcie podam własne spostrzeżenia, które pozwalają ułatwić zgłębnikowanie i skrócić możliwie czas potrzebny dla jego wykonania.

Pierwszą zatem przeszkodę napotyka zgłębnik nieraz już przy przejściu przez gardziel, co u pobudliwych osobników wywołuje odruchy wymiotne. Schoppe radzi w takim przypadku wytłumaczyć choremu bezpodstawność obrzydzenia i strachu przed połknięciem zgłębnika, a dalej, pozostawić mu wybór między podaniem zgłębnika samemu sobie lub przez lekarza. Felsenreich i Satke pędzlują znów gardziel takich chorych 5% roztworem kokainy. Po wprowadzeniu zgłębnika do górnej części przełyku, dalsze posuwanie ułatwiają niektórzy przez łykanie niewielkich ilości wody albo przez lekkie wstrząsanie tułowiem chorego. Naogół przez przełyk przechodzi zgłębnik dość łatwo i dopiero przy wejściu do wpustu żołądka może się natknąć, jak podają Felsenreich i Satke, na nową przeszkodę, którą ma jednak usuwać poprzednie podanie choremu anestezyny (0,5 gr). Gaston-Durand i Binet zalecają odrazu pominąć wszystkie wspomniane przeszkody, wprowadzając do żołądka zgłębnik zaopatrzony metalową przetyczką (mandrynem).

W żołądku powstają nowe trudności. Felsenreich i Satke mówią przedewszystkiem o potrzebie zwalczania niekiedy podrażnienia wymiotnego z żołądka, przeciw czemu stosują anestezynę lub novatropinę, a w uporczywych przypadkach wstrzykują przez zgłębnik 4 cm³ aquae chloroformiatae.

Ostatnia trudność polega na przejściu zgłębnika przez żołądek i wejściu do dwunastnicy, co, według Gaston-Duranda i Bineta, ma występować głównie u chorych z wrzodem w pobliżu odźwiernika, czy to jest wrzód żołądka czy dwunastnicy. W trzech takich przypadkach zgłębnikowanie udało im się wykonać dopiero po trzydniowem leczeniu belladonną. Felsenreich i Satke uważają znów za najtrudniejsze do zgłębnikowania przypadki z obniżoną kwasotą żołądkową. Tę niekorzystną okoliczność usuwają oni przez wlanie do żołądka 100 cm³ wody, dodając do niej kwasu solnego, dla doprowadzenia kwasoty żołądkowej treści do prawidłowego stopnia; ruchy żołądka starają się pobudzić przez mięsienie i bardzo zachwalają wyniki takiego postępowania.

Aby uniknąć tych zabiegów i wystawiania na próbę cierpliwości lekarza, Einhorn, a z nim i inni autorowie, zalecają wprowadzać zgłębnik do żołądka wieczorem przed snem. Podczas nocy zgłębnik wchodzi do dwunastnicy i rano chory jest gotowy do dalszego postępowania. W ostatnim czasie Einhorn podał jeden przypadek, w którym po

bezowocnych próbach zgłębnikowania udało mu się wykonać je przywiązawszy do końca zgłębnika perełkę na jedwabnej nitce długości 25 cm. Po dwudziestu czterech godzinach weszła perełka, a po następnej dobie wciągnęła za sobą zgłębnik.

Przechodząc do własnych spostrzeżeń, muszę odrazu zaznaczyć, że poważne trudności mogą wystąpić tylko przy przechodzeniu zgłębnika z żołądka do dwunastnicy. Co zaś dotyczy przełyku, to tylko w nadzwyczaj rzadkich przypadkach pobudliwość gardzieli jest tak silna, że chory nie jest w możności połknąć metalowej oliwki; wtedy, w najprostszy sposób, nie tracąc czasu, można to pokonać przez użycie zgłębnika z przetyczką. Jeżeli jednak lekarz posiada dużo zaufania chorego, to prawie zawsze zdoła obejść się bez tego. Najlepiej jest wprowadzić oliwkę zgłębnika odrazu do gardzieli przy szeroko otwartych ustach i wysuniętym języku, następnie polecić choremu łyknąć i jednocześnie posunąć rurkę w głąb. Dalszą drogę do żołądka odbywa zgłębnik już bez żadnych trudności i popijanie w tym czasie wody jest zupełnie zbyteczne. Wprowadzanie zgłębnika przez samych chorych stosowałem tylko przy powtórnem zgłębnikowaniu, a wtedy niektórzy rozsądni pacjenci nawet cały zabieg wykonywali sami.

Najtrudniejszą rzeczą jest, jak to już zaznaczyłem, wejście oliwki do dwunastnicy. To też w wielu przypadkach nawet kilkogodzinne cierpliwe oczekiwanie nie prowadzi do celu, Gaston-Durand i Binet określają liczbę nieudanych prób, przeprowadzonych na dość znacznym materjale, na $^1/_3$ przypadków.

Czy jednak trzeba się godzić z tem, że zgłębnikowanie dwunastnicy jest tak często niewykonalne? Odpowiedzieć muszę przecząco.

Stepp mówi, że »prawie każdy, kto się zajmuje zgłębnikowaniem dwunastnicy, nabiera szczególnego własnego doświadczenia, dzięki któremu może zaoszczędzić niekiedy wiele czasu i uniknąć mozołu«. Zdanie to zdaje się świadczyć o przekonaniu autora, że wprowadzanie zgłębnika jest swego rodzaju sztuką. Pogląd taki podzielam jedynie o tyle, że zgłębnikowanie wymaga pewnej wprawy.

Zastanawiając się nad okolicznościami niesprzyjającemi zgłębnikowaniu, muszę najpierw podkreślić, że wydzielnicza czynność żołądka nie gra prawie żadnej roli przy wykonywaniu zabiegu, tembardziej, że jedni dopatrywali się przeszkody w braku soku żołądkowego, a drudzy w nadmiernem wydzielaniu. Łatwe lub trudne przejście zgłębnika do dwunastnicy uzależnione jest przedewszystkiem od kształtu żołądka, o czem wspominałem już kiedyś przy omawianiu sprawy chromocholoskopji. Znajduję więc tak samo, jak w ostatnim czasie Carnot i Libert, największe trudności dla zgłębnikowania w opuszczeniu i rozszerzeniu żołądka; zrozumieć to można będzie po wyjaśnieniu mechanizmu przechodzenia zgłębnika przez żołądek. W tym względzie Holzknecht i Lipmann wskazują słusznie na to, że zgłębnik dwunastnicowy posuwa się w przełyku przeważnie dzięki ruchom robaczkowym, a w żołądku pod wpływem ciężaru metalowej oliwki. Ruch robaczkowy żołądka gra tem mniejszą rolę, im większa jest jego objętość i im słabsze są fale perystaltyczne. Wiadomości te osiągnęli Holzknecht i Lippmann przez badania roentgenologiczne chorego, któremu przez zgłębnik wstrzykiwano zawiesinę bizmutową. Tym sposobem można się przekonać, że wejście zgłębnika do dwunastnicy daje się ułatwić, kładąc chorego na prawym boku, ale tylko w żołądku o kształcie rogowatym. Natomiast w przypadkach z żołądkiem hakowatym w położeniu tem opada na prawą stronę nie tylko treść żołądka (w danym razie oliwka), ale i sam żołądek. Samo przez się znów jest jasne, że to, co Holzknecht i Lippmann znajdują w żołądku hakowatym, odnosi się tem bardziej do żołądków rozszerzonych i silnie opuszczonych. W takich przypadkach metalowa oliwka całemi godzinami może spokojnie spoczywać na dnie obwisłej części żołądka, a przy dalszem posuwaniu wgłąb zgłębnik zwija się w żołądku. Niejednokrotnie przekonałem się wtedy o bezowocności oczekiwania. Bez skutku zozostaje również mięsienie i wlanie wody, wreszcie zostawienie chorego ze zgłębnikiem przez całą noc. Holzknecht i Lippmann znajdują stąd wyjście, układając chorego na plecach z podniesioną miednicą. Spostrzegli oni, że w tem położeniu, dzięki podniesieniu ku górze zawartości brzucha i rozszerzeniu aperturae thoracis inferioris, postać żołądka zmienia się i sprzyja zbliżeniu oliwki zgłębnika do odźwiernika, co do pewnego stopnia potwierdza i Delvels. Uznając całkowicie słuszność rozumowań Holzknechta i Lippmanna w sprawie posuwania się zgłębnika w żołądku, uważałem jednak za odpowiedniejsze nadać choremu inne położenie, a mianowicie na brzuchu, pod który podkłada się jedną lub dwie poduszki, tak, aby podbrzusze było wyżej, a nadbrzusze niżej. Głowa spoczywa nisko na maleńkiej poduszeczce. Przekonać się można, że o ile w pozycji Holzknechta i Lippmanna kształt żołądka zmienia się do pewnego stopnia biernie, o tyle w położeniu na brzuchu czynnie nadajemy mu inną postać przez wywierany ucisk; odźwiernik znajduje się wtedy nisko, a oliwka po pochyłej powierzchni, którą stanowi przednia ścianka żołądka, zbliża się do niego dzięki swemu ciężarowi. Zadziwiająco łatwo wykonuje się zgłębnikowanie w położeniu na brzuchu u chorych ze znacznem nagromadzeniem płynu w jamie otrzewnej; oczywiście że tym razem bez poduszek, które zastępuje zebrany w brzuchu płyn.

Moje postępowanie zatem jest następujące. W pozycji siedzącej wprowadza się zgłębnik do żołądka, następnie chory połyka go jeszcze dalej (do 60—65 cm), leżąc około pięciu minut na prawym boku, a później kładzie się brzuchem na poduszki*). Tym sposobem unikamy t. zw. «błędnych dróg« w żołądku i cały zabieg trwa około dwudziestu minut, a dlatego niejednokrotnie wykonywałem go u przychodnich chorych; czas zgłębnikowania może przedłużyć tylko skurcz odźwiernika.

Naogół można powiedzieć, że postępowanie takie nietylko ułatwia zgłębnikowanie, ale pozwala również przeprowadzać je w przypadkach chorobowo zmienionych żołądków, a jedyną, nieprzezwyciężoną przeszkodą będzie dla niego anatomiczne zwężenie odźwiernika.

Pozostaje mi teraz omówić jeszcze zgłębnikowanie przy pomocy metalowej przetyczki. Pierwsza myśl i próby tego były podane przez Juttego, który wychodził z założenia, że najwięcej czasu zabiera przejście zgłębnika wzdłuż żołądka. Aby skrócić ten czas, wprowadza on zgłębnik zaopatrzony w drucianą przetyczkę do żołądka i w położeniu na prawym boku posuwa odrazu do części odźwiernikowej. W krótkim czasie po usunięciu przetyczki zgłębnik ma wchodzić do dwunastnicy. Trzeba jednak powiedzieć, że postępując w ten sposób nie mamy żadnych danych o położeniu zgłębnika w żołądku, a wejście do dwunastnicy nie następuje wcale tak prędko, o czem miałem możność się przekonać. Uważam też za celowe zgłębnikowanie z przetyczką jedynie pod kontrolą promieni Roentgena, jak to zaproponowali Bondi i Eisler. Sposób ten dał mi zupełnie dobre wyniki i dlatego niżej podaję całkowicie sposób postępowania.

Do zgłębnika**) wstrzykuje się 3 cm^3 oliwy, aby przetyczka mogła się swobodnie poruszać. Przetyczka ta składa się z cienkiego mosiężnego drutu zakończonego małą kuleczką, która nie pozwala mu przejść nazewnątrz przez otwór w metalowej oliwce. Choremu daje się wypić kieliszek zawiesiny barowej dlatego, żeby można było orjentować się w położeniu żołądka, a następnie wprowadza się do żołądka zgłębnik. Teraz jeden lekarz posuwa zgłębnik, a drugi nadaje mu kierunek, uciskając rękami na ściany brzucha. W ten sposób bardzo szybko doprowadza się zgłębnik do odźwiernikowej części żołądka. Osiągnąwszy to, należy wyciągnąć kawałek przetyczki i wolny koniec zgłębnika wprowadzić do odźwiernika. Utrzymując tam oliwkę, posuwa się lekko jeszcze trochę cały zgłębnik i oliwka wchodzi do dwunastnicy. Widać wtedy na ekranie, jak zgłębnik zgina się, a potem koniec jego opada szybko ku dołowi. Teraz usuwamy przetyczkę zupełnie. Oczywiście trzeba jeszcze sprawdzić czy oliwka znajduje się w dwunastnicy czy zaś zgłębnik nie przegiął się

*) Wolny koniec zgłębnika trzeba umieścić nad głową ażeby, zwisając, nie wysunął się na zewnątrz.

**) Używałem zgłębnika Einhorna.

w żołądku. Łatwo to jest osiągnąć, zmieniając cokolwiek położenie chorego przed ekranem lub wstrzykując powietrze do dwunastnicy. Przy pewnej wprawie zgłębnikowanie odbywa się w kilka minut, a jako zarzut można by było wysunąć tylko konieczny udział dwuch lekarzy i obecność aparatu Roentgena.

Rzecz jasna, że sposób ten nie nadaje się dla ludzi o silnie napiętych powłokach brzusznych, dla przypadków znacznego wzdęcia brzucha lub nagromadzenia płynu w jamie otrzewnej, a także tam, gdzie znaczne obrzmienia wątroby i śledziony lub nowotwory nie pozwalają na miętosienie brzucha. Przeciwwskazaniem może być wrzód żołądka w obawie przedziurawienia lub krwotoku.

Daleki jestem od tego, aby uważać jeden sposób za lepszy od drugiego. W odpowiednich przypadkaah można wprowadzać zgłębnik pod kontrolą promieni Roentgena, w innych należy postępować tak, jak to podałem wyżej; oba zaś sposoby obok siebie pozwalają nam zgłębnikowanie dwunastnicowe uczynić zabiegiem podręcznym.

Piśmiennictwo.

1) Bondi S. i Eisler T. Münch. med. Woch. 1922 Nr. 45. — 2) Carnot P. i Libert L.: ref. Presse méd. 1922 Nr. 77. — 3) Delvels: Ges. f. vaterl. Kultur, Breslau, Sitz. 18. XI. 1921. — 4) Gaston-Durand i Binet M.: Presse méd. 1923 Nr. 76. — 5) Gross M.: Münch. med. Woch. 1910 Nr. 22. — 6) Einhorn M.: Berl. klin. Woch. 1910 Nr. 12. — 7) Felsenreich G. i Satke O.: Arch. f. Verd. 1923, XXXI, 253. — 8) Holzknecht i Lippmann: Münch. med. Woch. 1916 Nr. 39. — 9) Schoppe W.: Arch. f. Verd. 1921, XXVIII, 289. — 10) Weilbauer A.: Kl. Woch. 1922 Nr. 51.

Dr. M. T. SEIDLER, Lwów.

O wartości znieczulenia krzyżowego w czasie porodu.

Z kliniki położniczo-ginekologicznej U. J. K. we Lwowie.
Kierownik docent Dr. Kazimierz Bocheński.

Jedynym fizjologicznym bólem jest ból ściśle związany z czynnością porodową. Źródłem powstawania tegoż jest ucisk na zakończenia nerwowe między włóknami mięsnemi macicy wskutek jej kurczenia się i ucisk na części miękie kanału rodnego przez część przodującą, względnie pęcherz płodowy.

Wraz z postępem czynności porodowej wzrasta i nasilenie bólu porodowego. Bezwzględne odczuwanie bólu zależnem jest od wrażliwości systemu nerwowego rodzącej i niekiedy staje się prawdziwą męczarnią dla niej i dla otoczenia.

Nic więc dziwnego, że już w prastarych czasach spotykamy się z usiłowaniami uśmierzenia bólów porodowych: tańcami, śpiewami, modlitwami, które przecież mogły mieć tylko suggestywne działanie. W późniejszych czasach posługiwano się ziołami, zawierającemi narkotyki.
Z chwilą wynalezienia chloroformu i eteru narkoza ogólna inhalacyjna znalazła szerokie zastosowanie w czasie porodu. Okazało się jednak, że użycie tych srodków w tak wielkiej ilości, jakiej trzeba było dla przeprowadzenia bezbolesnego porodu — tak dla matki jakoteż dla dziecka nie było obojętnem. Dlatego też narkoza inhalacyjna pozostała w użyciu tylko do zabiegów operacyjnych.

Spostrzeżenia kliniczne normalnie i bezboleśnie przebiegającego porodu u osób z *myelitis transversa i tabes dorsalis,* jakoteż doświadczenia na zwierzętach z przeciętym rdzeniem — a więc w przypadkach gdzie drogi czuciowe między narządem rodnym a centralnym systemem nerwowym były przerwane, nasunęły Stoeckl owi myśl przeprowadzenia bezbolesnego porodu przez znieczulenie splotu krzyżowego, sromowego, odbytnicowego i ogonowego zapomocą iniekcji nowokainy do kanału krzyżowego *(hiatus sacralis).* Te przypadki dowodziłyby, że prawidłowa czynność macicy może istnieć samoistnie niezależnie od systemu nerwowego centralnego.

W tym celu Stoeckel dokonał szeregu doświadczeń, dotyczących 141 przypadków, wyniki jednak, jakie osiągnął, nie były zbyt zachęcające. Wprawdzie nie zauważył nigdy szkodliwego działania dla matki i dziecka, ani, atonji macicy w trzecim okresie porodowym, a to od czasu używania adrenaliny, ale zato w 23 przypadkach wraz ze zniesieniem bolesności wystąpiło zniesienie czynności porodowej. Skurcze macicy po wstrzyknięciu płynu znieczulającego, występowały rzadziej i były słabsze, a zwłaszcza natężenie tłoczni brzusznej było mniejsze, które to działanie, jak wiemy, występuje najsilniej pod koniec drugiego okresu porodowego, a powstaje odruchowo z powodu ucisku części przodującej na szparę sromową i odbytnicę; wraz więc ze zniesieniem owego bodźca odruchowego dla tłoczni bruszne) działanie tejże staje się mniej wybitnem, względnie ustaje. Niebezpieczeństwo ustania czynności porodowej, staje się mniejszem, jeżeli stosujemy znieczulenie krzyżowe w czasie drugiego okresu porodowego, lub najwcześniej pod koniec pierwszego. Zmniejszenie, względnie zniesienie bólów rodzącej w czasie czynności porodowej wydaje się Stoecklowi uzasadnionem, a widząc najmniej nie bezpieczny sposób osiągnięcia tegoż tak dla matki, jak i dla dziecka w znieczuleniu krzyżowem — gorąco je popiera. Jako dodatnią stronę tego znieczulenia podaje nadto Stoeckel zwiotczenie muskulatury krocza i podstawy miednicy. Używał on 30—35 cm³. półprocentowego a nawet i mniej stężonego roztworu nowokainy, z powodu tego osiągnął zmniejszenie, a nie zniesienie czucia — czas trwania przeciętnie $1^1/_2$ godziny. Rieländer zaleca stosowanie znieczulenia krzyżowego w drugim okresie porodowym; kombinacją Koblanka, polegającą na pendzlowaniu 20% kokainą dolnej muszli i przegrody nosowej — nie uzyskał lepszych wyników. I Rieländer w swych doświadczeniach zauważył niekorzystny wpływ znieczulania w formie osłabienia, a nawet ustania czynności porodowej na 1—2, godzin np. na 23 przypadki nastąpiło w 10 osłabienie bólów parodowych, a w 11-tu osłabienie działania tłoczni brzusznej. Przy użyciu alypiny, której wpływ ujemny na bole porodowe i działanie tłoczni brzusznej jest mniejszy od nowokainy, osiągnął lepsze wyniki. Do tych samych wyników, a mianowicie zniesienia względnie osłabienia czynności porodowej przy znieczuleniu krzyżowem, doszli w doświadczeniach swych Kalb (Heidelberg), von Franqué (Giessen), Baum (Poznań). Ten ostatni streszcza swe wyniki w następujących punktach:

1) Następuje zmniejszenie bolesności w czasie porodu.
2) Czas trwania znieczulenia jest rozmaity.
3) Następuje zaburzenie fizjologicznego przebiegu porodu a) przez zmniejszenie długości trwania skurczów macicy i ich nasilenia, b) przez zmniejszenie nasilenia tłoczni brzusznej powodu niedostatecznego bodźca odruchowego.
4) Przez idjosynkrazję do kokainy niemiłe następstwa dla matki.
5) Niebezpieczeństwo dla dziecka powstaje przez zaburzenie fizjologicznego okresu porodowego.

Tobiaszek dodaje do tych ujemnych stron znieczulenia krzyżowego jeszcze atonię macicy w trzecim okresie porodowym i złe kurczenie się macicy w połogu, (doświadczenia jego dotyczą 30-tu przypadków).

Schlimpert i Schneider radzą kombinowanie znieczulenia krzyżowego, ze względu na jego krótkotrwałość z zamroczeniem, wywoływanem za pomocą narkotyków, morfiną i skopolaminy, a to w tym celu, aby po ustaniu działania znieczulenie krzyżowego wystąpiła amnesia.

Wyniki doświadczeń Kehrera w stosowaniu znieczulenia krzyżowego w czasie porodu są identyczne z wynikami autorów wyżej wymienionych — jedynie Liewen, opierając się na sześciu przypadkach, nie uznaje ujemnego wpływu znieczulenia krzyżowego na przebieg porodu — w znaczeniu osłabienia nasilenia bólów porodowych, a według niego tylko bolesność porodu i działanie tłoczni brzusznej są słabsze.

Ażeby wyrobić sobie własne zdanie o wartości znieczulenia krzyżowego w czasie porodu, wykonaliśmy szereg doświadczeń, dotyczących 20-tu przypadków: u 15-tu wieloródek i 5-ciu pierwiastek, zarówno w pierwszym, jak i w drugim okresie porodowym. Stosowaliśmy 30—40 cm³. 1%-wego roztworu nowokainy, dokonując injekcji w ułożeniu rodzącej na boku — a następnie horyzontalnie.

Przykłady:
1. Mirla K. lat 16. C. I. Cz. I. Wymiary miednicy prawidłowe. Początek bólów porodowych o godzinie 3-ej rano; pęcherz pękł o godz. 4-ej popołudniu. O godz. 5-ej bóle porodowe

co 3 min., ½ minuty trwające. Badanie wewnętrzne o godz. 5 min. 30 wykazuje: główka w szparze sromowej, zwrot prawie dokonany, ciemię małe pod spojeniem łonowem; godz. 5 min. 40 wstrzyknięcie 30 cm³ 1 % nowokainy z adrenaliną. W 5 minut zniknięcie bólów krzyżowych, następnie bólów ciągnących, pochodzących od rozszerzania się ujścia i ucisku na części rodne zewnętrzne i bólów pochodzących od skurczów macicy. Skurcze macicy rzadkie, krótkotrwałe i słabe. O godz. 6-ej min. 40 wystąpienie bólów o słabszem nasileniu, niż przed wstrzyknięciem. Parcie bardzo słabe, mimo usilnych nalegań. Godz. 7 — ukończenie porodu zapomocą zabiegu Kristellera z powodu zmiennego tętna płodu. Odejście łożyska w 4 min. — macica dobrze skurczona. Zaznaczyć należy, że po wstrzyknięciu czucie skórne w obrębie obszaru zaopatrzonego przez sploty nerwów wyżej wymienionych było mniejsze (*hypästhesia*).

2. Anna U. lat 24. C. II. Cz. II. Wymiary prawidłowe. Badanie wewnętrzne o godz. 9-ej wieczorem. Główka odcinkiem we wchodzie, ujście na 3 palce rozwarte, pęcherz się wstawia, bóle porodowe intenzywne co 5 minut. Badanie o godz. 10-ej: ujście prawie na dłoń rozwarte, bóle, co 3 minuty, trwające 30 sekund. O godz. 10 min. 20 wstrzyknięto 30 cm³ 1%-ego roztworu nowokainy z adrenaliną. W 10 minut ustąpiły bóle krzyżów, następnie bóle jak w przypadku powyższym, w porządku po sobie następującym. Skurcze macicy krótkotrwałe o słabem nasileniu, *hypästhes-a* obszaru zaopatrzonego przez splot krzyżowy; o godz. 11 min. 45 wystąpiły znów bóle silne, wedle rodzącej, o takiem samem nasileniu, jak przed wstrzyknięciem; o godz. 12-ej w nocy ujście prawie zupełnie rozwarte, o 12 min. 30 pęknięcie pęcherza, o 1-ej min. 30 poród siłami natury — dziecko żywe. Odejście łożyska w 15 minut — atonji brak. Okres połogowy nie przedłużył się.

Nie chcąc się wdawać w szczegóły, zaznaczam, że we wszystkich przypadkach mieliśmy osłabienie skurczów macicy, względnie działania tłoczni brzusznej — trzy razy musieliśmy robić expressję główki zabiegiem Kristellera z powodu niebezpieczeństwa życia dziecka i raz był krwotok po porodzie, który jednak pod wpływem masażu macicy i wstrzyknięciu 2 cm³. ergotyny ustał.

Reasumując wyniki naszych doświadczeń klinicznych stwierdziliśmy:

1) Bóle krzyżów, bóle „ciągnące», pochodzące od rozszerzania ujścia zewnętrznego, jak również bole pochodzące od skurczów macicy znikają i to w porządku po sobie następującym — co jest zrozumiałem wobec wstępującej dyffuzji znieczulającego płynu.

2) Nasilenie i czas trwania bólów porodowych jest mniejszy po znieczuleniu sakralnem, z wyłączeniem więc nerwów zaopatrujących macicę (*n. hypogastrici)*

3) Działanie tłoczni brzusznej zostaje wyłączone przez wyeliminowanie bodźca, jakim jest ból szpary sromowej, krocza, wywołany uciskiem części przodującej; brak więc części czuciowej łuku odruchowego.

4) Osłabienie bólów porodowych i działania tłoczni brzusznej przedłuża poród, co może mieć poważne następstwa dla matki, a niebezpieczne jest dla życia dziecka.

5) Zwiotczenie podstawy miednicy (Laewen, Schlimpert, Schneider i Stoeckel) ma te dodatnie strony, że ochrania krocze przed pęknięciem i ułatwia wykonanie zabiegu. (Ritgen-Olshausen).

6) Wykonanie zabiegów położniczych w tem znieczuleniu, jak obrotu lub kleszczy, nie ma uzasadnienia, gdyż nie osiągamy potrzebnego zwiotczenia powłok i czas wystąpienia znieczulenia jest za długi.

Nic więc dziwnego, że wobec tych wyników (które są zgodne z wynikami innych autorów) sposób ów nie zdobył sobie prawa obywatelstwa w położnictwie, a także i inne sposoby znieczulenia w czasie porodu, jak przykręgowe lub przykrzyżowe (Siegel) i znieczulenie nerwu sromowego (Sellheim) z tychsamych mniejwięcej przyczyn nie znalazły szerszego zastosowania.

Piśmiennictwa, na żądanie Redakcji nie przytaczam.

Wykład kliniczny.

Władysław BIERNACKI Wilno.

Błędy odczynu Wassermanna.

Trudno nie zgodzić się z P. Ravaut, gdy mówi, że odczyn Wassermanna był początkowo przyjęty przez świat lekarski tak entuzjastycznie, gdyż poprzedzały go wiekopomne odkrycia Bordeta i w ich świetle odczyn ten zdawał się opierać na mocnym fundamencie ścisłej, naukowo uzasadnionej swoistości biologicznego działania wyciągu pasorzyta z wątroby kiłowej na surowicę chorego. Wkrótce jednak złudzenia te pierzchły, wśród serologów przynajmniej, dziś wiemy bowiem, że fundament pod ten odczyn zbudowany jeszcze nie został, że dotychczas polega on na poszukiwaniu we krwi badanej ciał nieokreślonych, istniejących tam w ilościach też nieokreślonych i napewno zmiennych, na badaniu z pomocą odczynników biologicznych o składzie bardzo złożonym, lecz również bliżej nieokreślonym (Thibièrge).

Świadomość tego jednak, że odczyn Wa. nie jest absolutem nieomylności, że dać może nie zawsze i nie wszystko, czego żąda odeń klinicysta, przenikała do szeregów lekarzy-praktyków dość powoli. Długo utrzymywał się wśród nich nader uproszczony pogląd na ten odczyn: odczyn Wassermanna dodatni oznacza kiłę, ujemny to bezwzględny sprawdzian zdrowia. Formuła ta byłaby bardzo dogodną, gdyby była słuszną. Niestety, jednak tak nie jest. Trzeba było lat wielu i całego szeregu badaczy, żeby ustalić, że odczyn Wa. zjawia się niezaraz po zachorzeniu, że w trzecim tygodniu choroby bywa jeszcze do 68% wyników ujemnych i wtedy badanie krwi może tylko łudzić zarówno lekarza, jak i chorego, że w 7 tygodniu jest jeszcze około 9% wyników ujemnych i że pewien % syfilityków daje nawet w rozkwicie choroby odczyn serologiczny ujemny.

Nakoniec jednak i te fakty przeszły do świadomości ogółu lekarzy. I wtedy, tu i ówdzie, zaczęła się zupełna negacja tego odczynu (Nicolas, Schwers). Odczyn Wassermanna nie może dać wszystkiego, czego żąda od niego praktyka, a więc nie daje nic. Prawda, odczyn ten nie zawsze **zastępuje** baczność spostrzegania i głębię doświadczenia lekarza; prawda, on nie jest nieomylny, lecz czy są nieomylni lekarze, czy jest nieomylną djagnostyka kliniczna? Odrzucanie wartości odczynu Wa. potęgowało się tem silniej, że czas wciąż przynosił nowe badania, nieraz się wzajem wyłączające i stwierdzające tylko rozbieżność wyników u różnych badaczy.

Dowodów formalnych krytykom odczynu nie brakło. Przytaczano fakta prawdziwe i niezbite, że często, zbyt często, różne pracownie dają rozpoznania odmienne. W zależności od temperamentów, jedni, przeważnie Francuzi, zaczęli odrzucać odczyn Wa. jako metodę rozpoznawczą, inni stanęli na pół drogi, w rozbieżności wyników widząc tylko brak sumienności pracowni. Jedni zamykają oczy na wielokrotnie stwierdzone rozpoznania, oparte tylko na odczynie Wa, drudzy w sądach swoich, ślizgając się po powierzchni sprawy, zapominają, że wśród tych „niesumiennych" pracowni były i pracownie prowadzone przez samych twórców metody (Wassermann — zarzut prof. Wossidlo), były najpoważniejsze pracownie kliniczne, pracujące tylko dla celów naukowych z całą możliwą dokładnością.

Faktów częstej rozbieżności wyników kwestjonować nie można, nie należy się jednak zadowalać tylko powierzchowną krytyką, pora zbadać i wyjaśnić przyczyny, które do tej rozbieżności się przyczyniają. To właśnie zadanie stawiam sobie, opierając się zarówno na danych z bogatego piśmiennictwa przedmiotu, jak i na pracy własnej.

Przedewszystkiem należy ustalić, że swoistość odczynu Wa. dla kiły jest względną. Zjawianie się tego odczynu dowodzi tylko pewnych zmian humoralnych w ustroju, zmian, które może wywołać tak dobrze kiła, jak inne zarazki z grupy pierwotniaków: framboezja, zimnica (w tej ostatniej Aimé i Lochelong spotykali dodatni odczyn Wa. tak stale, że zaproponowali nawet używać go do rozpoznawania zastarzałej zimnicy), płonica i inne cierpienia bakteryjne: trąd, gruźlica skóry (tuberkulidy), przy której cały szereg lekarzy, Ravaut, Tzanck i Pelbois, Pautrier, Jörgen i Schaumann stwierdzali stale odczyn Wa, dodatni. Podobnie angina Vincenti, agonia, narkoza, pijaństwo, czy nawet zastrzykiwania podskórne krwi własnej, w ostatnich czasach w dermatologji dość szeroko stosowane, mogą wpływać na odczyn Wa. Ostatnio opisał Störp dodatni odczyn Wa. przy ogólnem gronkowcowem zakażeniu.

Jeżeli niektóre z tych przyczyn dają się wyłączyć klinicznie i nie mogą wywoływać nieporozumień rozpoznawczych, to inne dają do nich powód, a wszystkie w każdym razie dowodzą, że wiara w bezwzględną swoistość odczynu była zawodna. Co więcej można a priori przypuszczać, że zdarzają się takie zaburzenia ustrojowe, które przechodzą jako cierpienia nierozpoznane albo nawet, ściśle biorąc, nie są cierpieniami, a mimo to mogą dawać dodatni odczyn Wa. Zaznaczyć jednak należy, że wszystkie odczyny dodatnie niekiłowe spostrzegano dotychczas zawsze przejściowo i tem różnią się od wyników przy kile: wyników stałych. O tem pamiętać muszą lekarze praktycy i dlatego nie wolno zadowalać się jednym odczynem przy rozbieżności kliniki i pracowni, bo tylko systematyczne, kilkakrotne badania w odstępach parotygodniowych mają wartość rozpoznawczą. Gdy jednak wielokrotne badanie krwi u człowieka klinicznie zdrowego daje stale wyniki dodatnie nawet w różnych pracowniach, należy niewątpliwie uznać go za chorego na kiłę (może dziedziczną), a przynajmniej za bardzo podejrzanego i starać się innemi sposobami rozpoznanie to odrzucić lub potwierdzić, ku czemu metoda kliniczna ex juvantibus znakomicie się nadaje. Dawać przewagę w takich razach przypuszczeniom klinicznym negatywnym nad faktami laboratoryjnemi pozytywnemi byłoby lekkomyślnością, do której nie uprawnia ani nauka ani życie [1]).

Klinicysta jednak ma prawo wymagać, by odczyny, wykonane w różnych pracowniach i w jednym czasie były prawie jednakowe. Droga do tego prowadzi przez ujednostajnienie metodyki i odczynników, oraz przez unikanie pewnych błędów, zarówno ze strony serologów, jak nie mniej i ze strony lekarzy, tych szczególniej, którzy przesyłają do pracowni krew przez siebie pobraną

Branie bowiem krwi do Wassermanna wymaga pewnych ostrożności, zazwyczaj przez lekarzy praktyków nie przestrzeganych. Że pobranie takie winno być jałowe, mówić, zdawałoby się, nie trzeba. Niejednokrotnie jednak pracownie otrzymują probówki z krwią, przesłaną nieraz z daleka, w której drobnoustroje rozwijają sie nader bujnie. Jeżeli krew jest bardzo przerośnięta, zapewne żadna pracownia krwi takiej nie bada; gdy jednak zmętnienie bakteryjne jest ledwo dostrzegalne, krew bywa badaną, a wyniki otrzymane mogą być błędne, dlatego, że drobnoustroje wpływają bezpośrednio na zmianę własności fizyko-chemicznych surowicy, i dlatego jeszcze, że pod wpływem działalności życiowej bakterji we krwi tworzą się produkta przemiany białka, które nie pozostają bez wpływu na odczyn Wa.[2]).

Źle jest, jak widzimy, gdy krew nie została pobrana jałowo, nie lepiej jednak bywa i wtedy, gdy użyto wyjałowionej strzykawki mokrej i, co gorzej jeszcze, wygotowanej w rozczynie sody. Zdarza się nieraz, że rozczyn ten początkowo słaby (1—2%), w miarę parowania wody w sterylizatorze, staje się znacznie mocniejszy; na ściankach strzykawki, po jej wyschnięciu, pozostaje osad sody, który, zmieszany z krwią, alkalizuje silniej lub słabiej surowicę przeznaczoną do badania. Jeżeli strzykawka była prócz tego mokrą, często następuje rozkład krwinek: hemoliza surowicy, co samo przez się zaciemnia odczyn Wa. i uniemożliwia kontrolowanie wyników badania metodami kłaczkowania (Meinicke, Sachs-Georgi, Dold i inni [3]). W ten sposób złe pobranie krwi wpływa bezpośrednio na wynik odczynu, gdyż, jak wykazali Sachs i Altmann i Abramow, dodanie niewielkich ilości zasady N/800—N/3200 może zmienić odczyn krwi dodatni na ujemny.

Niewłaściwem jest również zatykanie watą probówek z krwią; krew bowiem syfilityczna, według badań Langera, stykając się z watą korka, szczególniej nieodtłuszczoną, daje następnie niejednokrotnie wyniki ujemne. Pomijam już ten fakt niepożądany, że korek z waty przy niedbałym transporcie wchłania część wydzielonej surowicy, uniemożliwiając zastosowanie kontrolnych metod badania.

Nieostatnie też znaczenie ma zbyt długi okres czasu, jaki dzieli chwilę pobrania krwi od jej badania. Są jeszcze dotychczas pracownie, na szczęście dość rzadkie, które wykonują badania krwi tylko raz na tydzień. O ile lekarz, nadsyłający krew, o terminach tych nie wie lub się z niemi nie liczy, krew pobrana czeka na zbadanie nieraz po kilka 4—5—6 dni. W ciągu tego czasu następują we krwi mało zbadane zmiany chemiczne, częściowo samoistne (samoprzetrawianie ?), częściowo zależne także od gatunku szkła probówek, w których krew przechowywano.

Jak stwierdził Bruck, mianując surowicę krwi N/100 — rozczynem sody w obecności fenolftaleiny, zasadowość krwi szybko się zwiększa; Dla zobojętnienia 0,2 cm^3 krwi w pierwszym dniu po pobraniu zużyto 0,12 cm^3 N/100 NaOH, a w czwartym — 0 cm^3 00! Krew przechowywana w probówkach zwykłych (nie jenajskich) wyługowuje z nich szybko krzemiany alkaliczne, które wpływają wybitnie na wynik odczynu, na co zwrócił uwagę pierwszy Sternberg, który w pewnej serji badań zaczął otrzymywać stale wyniki dodatnie z krwią normalną. Zainteresowany tem zjawiskiem zwrócił uwagę na nowe pipety, których w tej serji prób używał. Badanie chemiczne wykazało, że szkło tych pipet wydzielało wiele krzemianu sodu; dodanie do krwi normalnej rozczynu tej soli wywołało również zmianę jej odczynu na dodatni. Te spostrzeżenia Sternberga zasługują na najżywszą uwagę. Opierając się na nich, należałoby wprowadzić do pracowni wassermanowskich tylko szkło jenajskie zamiast zwykłego o pochodzeniu i składzie nieznanym.

Wpływ złego szkła na krew może niejednokrotnie wywoływać rozbieżność wyniku badania jednej i tej samej krwi, zebranej zresztą, przy zachowaniu jednakowych warunków. Zapewne i w znanych badaniach Sachsa, który z jedną krwią w miarę jej przechowywania w ciągu dni kilku otrzymywał wyniki różne, na różnolitość wyników nie pozostała bez częściowego przynajmniej wpływu jakość naczyń szklanych, w których krew przechowywano.

Duże błędy wyników otrzymuje się przez zebranie krwi w okresie trawienia, na co lekarze-praktycy przeważnie nie zwracają uwagi, nadsyłając do badania niejednokrotnie surowice krwi silnie mleczowate. Już Abderhalden wskazywał na to i zabraniał zbierać krew do badań serologicznych po posiłku, t. j. w czasie, gdy ilość fermentów proteolitycznych i lipolitycznych bywa znacznie zwiększona. Bołdyreff, dowiódł doświadczalnie znaczenia tych fermentów dla prac serologicznych, otrzymując wedle woli odczyny dodatnie lub ujemne, zależnie od czasu pobrania krwi i ilości zawartych w niej fermentów. Niewątpliwie, to samo znaczenie mają fermenty trawienne dla odczynu Wa.

Lekarz tedy, który sam bierze krew do badania, o ile nie chce ze swej strony przyczyniać się do błędu badania w odczynie Wa, winien pobierać krew naczczo w ilości 10—12 cm^3 jałową suchą strzykawką do jałowych z dobrego szkła probówek, opatrzonych jałowym korkiem drewnianym lub gumowym, i niezwłocznie krew tę przesyłać do najbliższego zakładu badawczego, pamiętając o dniach wykonywania w nim prób Wa, gdyż najlepsze wyniki daje

[1]) Boas w (Ugerschrift for laeger) Jg. 83 — 1921 p. 846—8 i w szeregu wieczorów dyskusyjnych w Tow. lek. duńskiem, poświęconych tej sprawie, broniąc poglądu, że stały dodatni odczyn Wa. musi być swoiście leczony, przytoczył szereg obrazów klinicznych, gdzie odczyn Wa był pierwszym objawem (por.: Hess—Thaysen).

[2]) Można łatwo sprawdzić doświadczenia, przerobione przezemnie, że dodanie do surowicy glykokolu Kahlbauma w ilościach od 0,005 do 0,1% zmienia ujemny odczyn krwi bezwzględnie zdrowej w słabszym lub silniejszym stopniu. Zmiany te nie są jednak proporcjonalne do ilości dodanego glykokolu, z czego wnioskuję, że są one uzależnione od związku dodanego aminokwasu z nieokreślonemi składnikami. Używając surowicy w ciągu 12 tygodni z własnej krwi (24 badania) ustaliłem, że czasami otrzymywałem działanie glykokolu silniejsze w dawkach mniejszych, czasami odwrotnie w większych, pomimo, że warunki życia, odżywiania i zdrowia pozostawały te same.

Much i Schmidt (Deut. Med. Woch. Jg 47, 1921, p. 552—553), wstrzykując królikom podskórnie i dożylnie aminokwasy, otrzymywali u nich dodatnie odczyny Wa. Odczyny te zjawiały się po 4 godzinach od zabiegu, a ginęły po 24.

[3]) Niestety, także energiczne leczenie salwarsanem srebrowym, według moich spostrzeżeń, wywołuje znaczną hemolizę samoistną krwinek, tak, że w rezultacie czasami surowica zebrana najstaranniej bywa barwy wiśniowej, nasyconej.

badanie krwi wykonane w 24 godzin po wzięciu jej z żyły natomiast przechowywanie krwi jest przyczyną nabierania przez nią własności powstrzymania hemolizy.

O ile niewłaściwe pobranie i dostarczenie krwi wyczerpuje źródła błędu ze strony klinicysty, pracownia musi dbać troskliwie o niedopuszczenie całego szeregu omyłek, przeważnie już zbadanych i wiadomych.

Na jednem z pierwszych miejsc stoji ilość badań, przypadających w jednym dniu na jednego pracownika. Ilość tę określa jeden z najwybitniejszych serologów francuskich, M. Rubinstein, na 15. Jest to raczej za dużo, niż za mało. Wiemy dobrze, że bywają pracownie szczególniej obsługujące instytucje lecznicze (Kasy chorych np.) maximum to stale i chętnie przekraczające. Że to się odbija na jakości pracy i ścisłości wyników, nie ulega wątpliwości. Wystarczy zdać sobie jasno sprawę z jednego tylko szczegółu metodycznego: pracując z trzema antygenami (ilość obowiązująca w przepisach urzędowych niemieckich i tem bardziej uzasadniona, że przy jednym antygenie otrzymujemy średnio 1 błąd na 83 badania zwiększając zaś ilość antygenów zmniejszamy ilość błędów — do 1:3443 n. p. przy czterech) i mianując starannie wszystkie odczynniki biologiczne, należy przy 15 surowicach, rozlać pipetkami 867 dawek zazwyczaj drobnych, wymagających wielkiej dokładności (mianowanie wstępne systemu hemolitycznego 45 i mianowanie trzech antygenów 87 dawek, w próbie właściwej: 10 dawek surowicy, 9 — trzech antygenów, 10 — dopełniacza, 10 — rozczynu fizjologicznego i 10 — krwinek baranich, razem 49,. Nawet przy dużej sprawności technicznej zajmie nam ta czynność przy nieprzerwanej, niesłychanie ciężkiej pracy wiele czasu, a wywoła zmęczenie psychiczne i mięśniowe tak duże, że zmniejszyć je można tylko za cenę dokładności. Gdy z drugiej strony niedokładność w miareczkowaniu tych, czy innych odczynników musi bezwzględnie odbić się na wzajemnym ich stosunku, a tem samem na wynikach, zrozumieć łatwo, że serolog, nie będąc maszyną, ponad 15 badań na raz robić nie może i nie powinien. Niektóre pracownie francuskie, n. p. Instytut profilaktyczny w Paryżu (Dyrektor: dr. Vernes), posiłkują się przy rozlewaniu odczynników niezmiernie precyzyjnemi przyrządami automatycznemi, zastępując niemi pracę ludzką *(aspiropipeur, distributeur automatique, rhéomètres)*, jednak u nas nie znalazły one jeszcze zastosowania i nieprędko je znajdą, wobec stanu waluty i kosztów nabycia tych przyrządów. (Komplet przyrządów, obliczonych na 50 surowic badanych jednorazowo, wynosi loco Paryż 5.937·95 franków francuskich).

O ile nie będziemy przekraczali pewnej maksymalnej liczby badań na raz, będziemy mogli odnieść się do każdego przypadku z należytą uwagą i będziemy mogli przy jakichkolwiek wątpliwościach odczyn podejrzany przerobić, stosując bądź inne antygeny, bądź inną metodykę i w tym celu zaleca się zawsze część surowicy badanej zachować w zapasie.

Właściwie należałoby stale i wszędzie badać krew każdą przynajmniej dwoma podstawowemi sposobami: po inaktywacji (Wassermann) i bez niej (Hecht), większe też uwzględnienie, niż dotychczas, powinneby znaleść jako kontrole odmiana Jacobstahla (badanie przy niskiej ciepłocie) i odczyny koloidalne: Sachs-Georgi, Meinicke, Dold i in.

Inaktywowanie krwi zapewne ustala reaginy kiłowe we krwi, czyniąc odczyn bardziej swoistym jednak niewątpliwie mniej czułym [4]). Ustalono niezbicie, że odczyn Hechta zjawia się prędzej i znika przy leczeniu później niż klasyczny odczyn Wa (por.: Venulet).

Aby jednak uniknąć błędów należy posługiwać się krwią aktywną w ciągu 24 godzin po pobraniu jej, odrzucając surowice zhemolizowane i mleczowate, oraz sprawdzając starannie, czy dodanie antygenu nie wpływa na siłę hemolityczną surowicy badanej. Na liczenie się z podobną możliwością kładą duży nacisk Bauer, Weinberg i inni. Użycie antygenów bez alkoholu i w zmniejszonej do $^1/_3$ ilości przyczynia się znacznie do podniesienia wartości metodyki Hechta, a określanie wskaźnika hemolitycznego surowicy według Weinberga zmniejsza błędy metody.

Co do odczynów przeprowadzanych na zimno według Jacobstahla, serologowie tej miary, co Rubinstein, Altmann i Zimmern, Thomsen i Boas wykazują niezbicie że metoda ta jest znacznie czulszą od innych, szczególniej w zastarzałej kile. Zaznaczyć jednak trzeba, że niekiedy, choć niezmiernie rzadko, sposób Jacobstahla daje wyniki ujemne przy dodatnich wynikach metod innych.

Ujednostajnienie metodyki badania we wszystkich pracowniach wassermanowskich jest sprawą nader palącą, nie tylko u nas. Dotychczas znalazło ono rozwiązanie na drodze prawodawczej tylko w Niemczech (uchwała Rady Zdrowia Rzeszy z dnia 11. lipca 1919 roku), gdzie znaczną zasługę w tem trzeba przypisać Wassermannowi.

Wobec zarzutów stawianych przez Hellera, Freudenberga i Sasfelda, twierdzących, że odczyn Wa nie ma żadnego znaczenia, gdyż stale różne pracownie otrzymują wyniki różne, z tą samą krwią, Wassermann zażądał sprawdzenia tego pod kontrolą arbitra dr. Bickela, stawiając jednak ze swej strony dwa warunki, a mianowicie, aby stosować zupełnie jednakową metodykę i odczynniki, a uznawać za dodatnie tylko odczyny wyraźne, odpowiadające 3 i 4 znakom dodatnim skali Citrona, odczyny zaś wątpliwe z 1 i 2 znakami dodatniemi — za ujemne. Wyniki były następujące: najzupełniej zgodne w 2 pracowniach: z 50 surowic badanych 28 było ujemnych, 14 dodatnich i 6 wątpliwych. Rozbieżność wyników ustalono w 2-ch przypadkach (4%).

Wartość rozpoznawczą odczynu Wa i konieczność ujednostajnienia metodyki stwierdził szereg ankiet przeprowadzonych w różnych krajach. Najliczniej obesłana została dotychczas ankieta francuska (39 uczestników, wśród nich: Bauer, Bloch, Dujardin, Laurent, Nicolas, Ravaut, Ronchèse, Rubinstein, Sabouraud i Vernes), która wysunęła żądania konkretne, zdążające ku zwiększeniu wartości odczynu.

Litterer i Watterson ogłosili wyniki badań Komisji angielskiej, specjalnie wyłonionej dla ujednostajnienia metodyki wassermanowskiej w Imperjum brytyjskiem. Każdy członek tej komisji badał trzy serje po 50 surowic. W pierwszej serji, przy używaniu metodyki własnej i własnych odczynników, wyniki zgodne otrzymano w 74%, w drugiej serji przy jednostajnej metodyce dla wszystkich, lecz przy użyciu własnych antygenów, wyników zgodnych było 86%; a trzecia serja, w której użyto ujednostajnionej metodyki i jednakowych antygenów dała prawie bezwzględną jednolitość orzeczeń.

Cyfry te dowodzą, jak poważne znaczenie ma dobra metodyka i dobry antygen, Wybrać dobrą metodykę dziś już nie trudno, ale narzucić ją wszystkim pracowniom możnaby tylko z góry przez władze państwowe. Wdzięczna rola przypadłaby w tym razie Państwowemu Zakładowi Higjeny i jego ekspozyturom, gdzie można i wartoby urządzić perjodyczne krótkotrwałe kursa dla wszystkich praktyków-serologów Polski dla zapoznania ich z wprowadzoną metodyką. Nawet egzamin państwowy na serologa (na wzór egzaminów na lekarza sądowego, chemika sądowego i t. d.) nie byłby wcale do odrzucenia. Dzisiaj niejednokrotnie robią badania wassermanowskie domorośli serolowie, którym się zdaje, że umiejąc badać mocz na białko posiedli już pełną sprawność i w badaniach serologicznych.

Dok. nast.

---

[4]) Według Sternówny i Danzigera surowica inaktywowana syfilityczna w miarę jej p zechowywania traci zdolność wiązania dopełniacza, dając dzięki temu niekiedy mylne wyniki; Renaux z instytutu Bordeta, ażeby przywrócić siłę pierwotną jej reaginom, proponuje powtórnie ją ogrzewać 5—10 minut przy 56° przed samem badaniem. Metoda ta wymaga jednak sprawdzenia na większym materjale.

Kahn i Johnson (Journ. of inf. Diseases XXXI, 1922, p. 438) stwierdzili, że 4 godzinne oziębianie na lodzie surowicy inaktywowanej przywraca reaginom kiłowym wszystkie uprzednie własności, czyniąc odczyn znacznie czulszym.

Z praktyki.

Dr. Teofila MARJANKÓWNA. Warszawa.

Przypadek zgorzelinowego zapalenia płuc, wyleczony zapomocą odmy sztucznej.

(Z I-go oddziału wewnętrznego Szpitala Wolskiego. Ordynator: Dr. A. Landau).

Zgorzelinowe zapalenie, względnie zgorzel płuc zwykliśmy uważać za schorzenie zawsze ciężkie, częstokroć ze złem rokowaniem i zejściem. Sprawa umiejscawia się w dolnym płacie jednego lub obu płuc, lub też w płatach górnych, najczęściej w górnym płacie prawego płuca. Ostatnio spostrzegaliśmy kilka przypadków zapalenia, które było umiejscowione w górnym płacie prawego płuca i od samego początku choroby nosiło charakter zgorzelinowego. Wszystkie przypadki miały przebieg mniej więcej jednakowy.

Historja choroby jednego z nich brzmi, jak następuje:

Dnia 28. VIII. przybył do szpitala A. Z., lat 48, z zawodu robotnik, ze skargami na męczący kaszel, duszność, ból w prawym boku, brak łaknienia. Choroba rozpoczęła się dwa tygodnie temu wśród dreszczów i wysokiej ciepłoty. Spluwał od początku choroby śluzowo-ropną, cuchnącą plwocinę w dużej ilości. Poprzednio nie chorował. Chorób wenerycznych nie było. Wódki pijał dużo. Dziedzicznie nieobarczony.

Stan obecny: Chory średniego wzrostu, prawidłowej budowy kośćca, miernie odżywiony. Skóra blada z sino-czerwonem zabarwieniem policzków i nosa. Obrzęków niema. W zakresie nerwów ruchowych i czuciowych zmian nie stwierdzono. Język obłożony. Oddech wybitnie cuchnący, pozwalający już na odległość rozpoznać sprawę zgorzelinową w drogach oddechowych. Oddechów 36 na 1'. Prawa strona klatki piersiowej poruszała się znacznie gorzej od lewej. Po stronie lewej górna granica płuca na VII kręgu szyjnym, dolna w XI międzyżebrzu, ruchoma. Oddech pęcherzykowy, zaostrzony, ze świstami. Od przodu lewa górna granica na dwa palce nad obojczykiem, dolna na VII-em żebrze, ruchoma; oddech pęcherzykowy. Po stronie prawej od tyłu stłumienie, sięgające od góry do połowy łopatki. W zakresie stłumienia wdech, pokryty licznemi dźwięcznemi wilgotnemi, drobno-, średnio- i grubobańkowemi rzężeniami, wydech chuchający. Od przodu stłumienie sięgało do 4-go żebra, wdech pokryty dźwięcznemi, średnio- i grubobańkowemi rzężeniami wilgotnemi, wydech chuchający. W drugiej i trzeciej przestrzeni międzyżebrowej oddech oskrzelowy z odcieniem amforycznym. Od przodu i od tyłu w zakresie stłumienia oskrzelowy odgłos mowy, wzmożenie drżenia piersiowego. Serce w granicach normy. Uderzenie koniuszkowe niewidoczne, niemacalne. Tony serca głuche. Tętno 104 na 1', miarowe. W narządach jamy brzusznej zmian nie stwierdzono.

Stan chorego był bardzo ciężki. Ciepłota wahała się w granicach jednego do dwóch stopni, sięgając do 40⁰. Wybitna duszność, męczący kaszel, poty wyczerpywały pacjenta w znacznym stopniu. Spluwał do dwuch kufli (około $^1/_2$ litra) na dobę cuchnącej, trójwarstwowej plwociny. Prątków gruźliczych, ani też krętków w plwocinie nic znaleziono, natomiast stwierdzono włókna sprężyste.

Rozpoznawszy sprawę, która rozpoczęła się nagle i umiejscowiła w górnym prawym płacie, jako zgorzelinowe zapalenie płuc, zastosowano leki balsamiczne i podniecające. Dn. 31. VIII. chory otrzymał śródżylny zastrzyk n-salwarsanu w ilości 0.25 gr. poczem ciepłota obniżyła się do normy, lecz tylko na jeden dzień. Już dnia następnego znów się podniosła, chory kaszlał i spluwał dużo, stan płuc nie poprawił się.

Po sześciu dniach chory otrzymał drugi zastrzyk n-salwarsanu w ilości 0.3 gr. Tym razem zniósł salwarsan znacznie gorzej; zjawiły się dreszcze, sinica. Ciepłota nadal wahała w dość dużych podskokach, sięgając do 39⁰. Samopoczucie nieszczególne, męczący kaszel, plwocina obfita, cuchnąca. Z uwagi na powyższe, salwarsanu więcej nie wstrzykiwano. 25. IX. założono choremu odmę sztuczną. Wpuszczono do jamy opłucnowej prawej 650 cm^3 azotu. Ciśnienie ostateczne — 2+2.

Już po pierwszej odmie samopoczucie chorego znacznie się poprawiło. Cieplota spadła do normy. Kaszel wybitnie się zmniejszył, ilość plwociny tylko pół kufla (125 cm^3) na dobę, mniej cuchnąca. Badanie płuc w parę dni po założeniu odmy stwierdziło od tyłu po stronie prawej nad grzebieniem łopatki przytłumienie, poniżej do połowy łopatki wypuk bębenkowy; w okolicy przytłumienia oddech osłabiony, poniżej grzebienia tuż przy kręgosłupie pojedyncze, wilgotne, drobne rzężenia. Z przodu po prawej stronie stłumienie do 3-go żebra z osłabionym oddechem, w drugim międzyżebrzu pojedyncze drobne rzężenia wilgotne.

1. X., w tydzień po pierwszej odmie, założono ją poraz drugi. Wpuszczono do jamy opłucnowej 700 cm^3 azotu. Ciśnienie doprowadzono do +6.

Wyniki odmy doskonałe: ciepłota prawidłowa, kaszel ustąpił zupełnie, oddech niecuchnący, chory spluwa tylko kilka razy na dobę, tak, że ilość dobowa plwociny nie przekracza kilku cm^3. Waga ciała zaczyna się podnosić. Wypuk od przodu i od tyłu w miejscu poprzedniego stłumienia przytłumiono-bębenkowy. Oddech, wskutek wytworzonej najprawdopodobniej blizny, znacznie osłabiony; rzężeń nie słychać wcale, Od przodu nad i pod prawym obojczykiem zapadnięcie górnej części klatki piersiowej z unieruchomieniem — skutek wytworzonej blizny w miejscu poprzedniej jamy.

Mieliśmy więc do czynienia ze zgorzelinowem zapaleniem górnego prawego płatu płucnego, wyleczonem zupełnie zapomocą odmy sztucznej w przeciągu niespełna dwóch tygodni od chwili założenia pierwszej odmy. Leczenie środkami wewnętrznemi, balsamicznemi i podniecającemi daje duży odsetek śmiertelności, według Körte'go 64.6%, według Villiere'a 75—80%. Nieco lepsze wyniki daje stosowanie salwarsanu, za którym wypowiedział się pierwszy Maurice Perrin. Opierając się na leczniczem działaniu arsenobenzolu w każdej sprawie wrzodziejącej i zgorzelinowej, zaczął podawać chorym ze zgorzelą płuc preparat 914 w dawkach wzrastających począwszy od 0.16 gr do 0.45 gr z wynikiem dobrym, zwłaszcza w zgorzeli pochodzenia krętkowego. W naszym przypadku neosalwarsan nie wykazał działania dodatniego. Autorzy francuscy zachwalają ostatnio surowicę przeciwzgorzelinową, uodpornioną przeciwko pałeczce perfringens, bellonenis i prątkowi obrzęku złośliwego. Stosowanie jej śródżylne połączone jest jednak z niebezpieczeństwem mogącego łatwo wystąpić wstrząsu. Dufour, Semelaigne i Ravina, zachwalający działanie surowicy przeciwzgorzelinowej, już zawczasu przygotowują kamforę i adrenalinę, w celu zwalczenia wstrząsu anafilaktycznego. Według danych różnych autorów, nacięcie płuca (pneumotomia) zmniejsza śmiertelność zgorzeli płuc do 36—17%. Nacięcie płuca wymaga względnie dobrego stanu ogólnego, który jednak w zgorzeli płuc najczęściej bywa ciężki, oraz dokładnego umiejscowienia ogniska. Poważnem powikłaniem nacięcia jest zakażenie jamy opłucnej i długotrwałe ropienie, wyczerpujące pacjenta i wymagające często wtórnego zabiegu operacyjnego. Odma sztuczna jest zabiegiem bezwzględnie łatwiejszym i bezpieczniejszym. Wielokomorowe jamy, stanowiące przeciwwskazanie do wykonania pneumotomji, nie przeszkadzają założeniu odmy. Umiejscowienie ogniska może być mniej dokładne, niż przy nacięciu płuca. Zrosty między opłucną ścienną i płucną, pożądane przy nacięciu płuca, utrudniają znacznie założenie odmy sztucznej. W naszym przypadku opłucna była wolna, bez zrostów; ognisko zgorzelinowe umiejscowiliśmy na podstawie badania fizykalnego, bez pomocy Roentgena. Za stosowaniem odmy sztucznej w zgorzeli płuc wypowiedział się już w 1910 r. Forlanini. W 1917 roku A. Schmidt otrzymał dobre wyniki zapomocą odmy w trzech przypadkach zgorzeli płuc.

W czasach ostatnich zachwalają odmę w zgorzeli Weil, Morgan, Deméchan. W roku bieżącym demonstrowała w II-giej klinice wewnętrznej dr. Janina Misiewiczówna przypadek zgorzeli płuc wyleczony zapomocą odmy. Na oddziale naszym stosowano ostatnio odmę sztuczną w kilku przypadkach zgorzelinowego zapalenia płuc i każdorazowo z wynikiem równie dobrym, jak w wyżej przytoczonym przypadku.

Piśmiennictwo.

1) Körte: Arch. f. Klin. Chir. 1906. 85. — 2) Forlanini M. m. Wochschr. 1910. 3. — Schmidt: M. m. Wochschr. 1907. — 3) Weil: Presse Médicale 1922. 94. — 4) Janina Misiewicz: Zbiór patologji wewnętrznej 1923. — 5) Martinet: Thérapeutique clinique.

Dr. B. EJSMONT. Szpital Państw. w Skidlu.

Przypadek zaśniadu groniastego.

Przypadki zaśniadu groniastego nie są częste. Mme Bovin na przeszło 20.000 porodów widziała zaledwie 1 przy-

padek. Inni autorowie podają daleko większe liczby; naprzykład Engel na 4.000 porodów 5 przypadków, co zresztą stanowi zaledwie 0.125%. Dr. Szylling-Siengalewicz oblicza przeciętną częstość zaśniadu groniastego na 0,3—0,5‰ (P. Gaz. Lek. r. 1923. str. 171). Ośmielam się podać opis następującego przypadku, spostrzeganego przez siebie:

Florentyna G., w wieku 43 lat, zgłosiła się do szpitala 9. V. 1923 r. z powodu ogólnego osłabienia i krwotoku macicznego. Chora wyszła za mąż mając lat 19. Rodziła ośmioro dzieci, z których żyje tylko dziewczynka, mająca obecnie 8 lat. Pierwsze dziecko, urodzone w rok po zamążpójściu, zmarło w wieku lat 11., drugie — w tydzień po urodzeniu, pozostałe w wieku od 1-go do 3 lat. Miesiączkowała zawsze prawidłowo, po 4 dni, co 3—4 tygodnie, raz jeden tylko, w roku 1922, miesiączka zatrzymała się w ciągu trzech miesięcy, poczem dostała krwotoku, który trwał tydzień. Przed obecnem zasłabnięciem miesiączkowała poraz ostatni przeszło dwa miesiące temu.

W końcu marca zjawiły się »białe upławy«. Dnia 30. IV., czyli na 9 dni przed wstąpieniem do szpitala, wystąpił z części rodnych obfity krwotok, który zmusił chorą w końcu do szukania porady lekarskiej.

Badanie chorej wykazało co następuje: kobieta budowy prawidłowej, miernie odżywiona, o cerze śniadej. Osłabiona bardzo. Śluzówki dostępne dla oka blade. W płucach i sercu zmian wyraźnych niema. Tętno bardzo przyśpieszone, do 156 na minutę, oddech również prześpieszony. C. prawidłowa.

W podbrzuszu uwydatnia się guz kulisty, wielkości prawie głowy dorosłego człowieka. Obmacywanie guza jest nieco bolesne. Przy wysłuchiwaniu żadnych szmerów nie słychać. Ze szpary sromowej wydziela się ciecz, krwawo zabarwiona, bez zapachu. Szyja maciczna zgrubiała. Sklepienia wolne, nie bolesne. Jama macicy ma długość 21 cm.

Wobec ciężkiego stanu chorej, tegoż dnia dokonano operacji. Szyję maciczną rozszerzono zapomocą rozszerzadeł Hegara i tępą łyżką usunięto zawartość macicy, która się składała: z mas groniastych, skrzepów krwi, oraz płodu i części łożyska. Jamę maciczną wyskrobano następnie ostrą łyżeczką. Krwawienie było nieznaczne. Do szyjki macicznej wprowadzono sączek z gazy wyjałowionej, który usunięto na drugi dzień. Ciepłota po zabiegu podniosła się nazajutrz zrana do 38,8°, lecz ku wieczorowi spadła do normy i w dalszym przebiegu więcej się nie podnosiła. Tętno obniżyło się w ciągu dni pięciu stopniowo do 84. Krwawienie ustało. Chora została wypisana na własne żądanie dn. 15. V., na 8-my dzień po zabiegu, w stanie zadowalającym. Zawartość macicy, składająca się przeważnie z mas zaśniadu groniastego, ważyła 550 gramów. Na uwagę w danym przypadku zasługuje wystąpienie zaśniadu tylko w części jaja płodowego, w związku z tem jest obecność płodu. Płód ten, długości 62 milimetrów, odpowiadał, według danych Heckera, w przybliżeniu 11-tu tygodniom życia zarodkowego.

Przegląd piśmiennictwa.

Presse médicale.

Nr. 2. 1924.

R. Lutembacher. **Wstrzykiwanie ouabainy do żyły szyjnej.** W przypadkach niedomogi prawego serca, kiedy zastój żylny powoduje duże obrzęki, natrafiamy niejednokrotnie na nieprzezwyciężone przeszkody przy wstrzykiwaniach leków do żyły łokciowej. Stosowanie digitaliny w dawkach 20—30 kropli na dobę per os, nie odnosi pożądanego skutku, ze względu na powolne wchłanianie, uwarunkowane zastojem w żyle wrotnej. Autor zastosował w 3-ch takich przypadkach wstrzykiwania ouabainy do żyły szyjnej zewnętrznej, która wskutek zastoju bywa wówczas łatwo dostępna. Wykonanie zabiegu jest bardzo proste. Zwykły roztwór ouabainy rozcieńczamy 1 lub 2 cm³ przekroplonej i wyjałowionej wody. Nakłuwamy żyłę szyjną zewnętrzną w jej górnej lub środkowej części i wlewamy płyn w kierunku głowy. Dla ułatwienia dostępu do żyły należy zwrócić głowę na bok i nieco ją pochylić. Chory winien zajmować położenie napół siedzące. Odkażamy miejsce nakłucia zapomocą nalewki jodowej (3 minuty), wyjaławiamy strzykawkę. Stosować należy dawki następujące: pierwszego dnia 2 zastrzyki na dobę po $^1/_4$ mg. lub też jeden zastrzyk $^3/_8$ mg. t. j. $1^1/_2$ cm³ roztworu. Nazajutrz można zastosować nadal 2 zastrzyki po $^1/_4$ mg lub też, o ile niema przeciwwskazania, jak n. p. zwolnienie tętna, bliźniaczość, jednorazowo $^1/_2$ mg. Pod wpływem takiego leczenia występuje obfite wydzielanie moczu, obrzęki i objawy niedomogi serca ustępują. Na trzeci dzień dostęp do żyły szyjnej jest zazwyczaj trudniejszy wskutek zmniejszenia się zastoju żylnego, natomiast zmniejszanie się obrzęków pozwala wówczas wstrzykiwać ouabainę do żyły łokciowej.

Charles Aubertin. **Niedokrwistość złośliwa u ciężarnych.** Według autora przebieg niedokrwistości złośliwej u ciężarnych ma wiele cech swoistych z punktu widzenia klinicznego i hematologicznego. Zdarza się najczęściej w ciąży u wieloródek (liczne i zbliżone do siebie ciąże, częste i długie okresy karmienia). Początek niedokrwistości bywa zazwyczaj bardzo powolny; z wywiadów można ustalić pewne zaburzenia już w 4-ym lub 5-ym miesiącu ciąży; w 7 i 8-ym miesiącu mamy objawy niepokojące. Objawy początkowe sprowadzają się do osłabienia, duszności i obrzęków. W dalszym rozwoju osłabienie wzmaga się, zmusza chorych do pozostawania w łóżku. Ważnym objawem jest brak wychudnięcia, pominąwszy przypadki niedokrwistości, poprzedzone przez długi okres niepowstrzymanych wymiotów. Zabarwienie powłok skórnych przybiera odcień woskowy, żółtawy lub zielonawy; mamy odbarwienie śluzówek, szmery nad żyłami jarzmowemi, u podstawy i nad wierzchołkiem serca. Dość znaczne obrzęki spotykamy w przebiegu niedokrwistości złośliwej u ciężarnych znacznie częściej, aniżeli w innych postaciach tego cierpienia. Obrzęk dotyczy kończyn dolnych, tylnej powierzchni rąk, twarzy i zwłaszcza powiek, niekiedy zajmuje brzuch i klatkę piersiową. Są to obrzęki białe, miękkie, zwiększające się w położeniu stojącem lub siedzącem, które jednak nie znikają zupełnie podczas leżenia i po zastosowaniu djety mlecznej lub bezchlorowej lub też po podaniu środków sercowych. Wymioty wzmagają się równolegle ze zmniejszeniem liczby czerwonych ciałek. Rozwolnienia zdarzają się rzadziej i to w okresach późniejszych; stolce śluzowe lub wodniste, rzadziej krwiste. Białkomocz jest częstym objawem, rzadko przekracza 0,50 gr, niekiedy jest przemijający i znika szybko w przypadkach o zejściu pomyślnem. Inne narządy nie wykazują zwykle zmian. Wątroba nie powiększa się, niekiedy stwierdzamy czynnościową niewydolność (urobilina i barwniki żółciowe w moczu, dodatnia próba cukromoczu pokarmowego). Czasem stwierdzamy nieznaczne powiększenie śledziony, zwłaszcza w przypadkach o zejściu pomyślnem. Ciepłota bywa zwykle podniesiona (do 38°). Znacznie rzadziej niż w innych postaciach niedokrwistości złośliwej spostrzegamy krwotoki.

Z punktu widzenia hematologicznego: liczba czerwonych ciałek prawie zawsze jest poniżej 2-ch miljonów; ilość hemoglobiny zmniejsza się stosunkowo mniej (wskaźnik barwnikowy dochodzi do 2). Jak i w każdej ciężkiej niedokrwistości złośliwej plastycznej stwierdzamy zmiany ciałek czerwonych (różnokształtność, wielobarwność, zasado-chłonność, nadmiar barwnika, ciałka czerwone jądrzaste). Liczba białych ciałek jest zwykle zwiększona (15, 17 do 30-tu tys.), nigdy zaś nie obniża się poniżej 5-iu tysięcy. Prawidłem jest przewaga białych ciałek wielojądrzastych (75% i więcej z normalną lub nieco zwiększoną liczbą eozynofilów.

Liczba płytek zmniejsza się (64000), w przypadkach wyzdrowienia po porodzie szybko i znacznie wzrasta. Krzepliwość krwi, kurczliwość skrzepu i odporność krwinek normalna. Czerwone krążki chorych podlegają hemolizie w surowicy własnej i innych osobników, natomiast surowica chorych nie hemolizuje normalnych czerwonych ciałek. Liczne posiewy krwi w okresie gorączki dawały zawsze wyniki ujemne.

Zejście niedokrwistości może być czworakie: 1) śmierć w czasie porodu — spotyka się dość często; 2) śmierć w kilka dni po porodzie — zejście najbardziej częste. Płód umiera lub nie. Poród bywa przedwczesny, osobliwością jego bywa brak lub bardzo nieznaczny krwotok. W stanie matki stwierdzamy lekką poprawę, zmniejszenie obrzęków, duszności, zwiększenie liczby czerwonych krążków, poprawa ta trwa jednak 1 lub 2 dni; stan chorej pogarsza się i następuje po upływie 4 lub 5-iu dni śmierć. 3) Zejście śmiertelne późne zdarza się i następuje w 3—4 tygodniu po porodzie; zwykle poprzedza go okres polepszenia. 4) Zejście pomyślne jest

rzadkie. Zwiększenie liczby czerwonych ciałek następuje wówczas szybko i poprzedza zwykle polepszenie subjektywne. Poród wywołany nie polepsza naogół rokowania, które jest bardzo złe zarówno dla matki (90% śmierci), jak i dla płodu.

Badania anatomo-patologiczne wykazują zmiany w narządach krwiotwórczych; nie wyjaśniają one jednak przyczyny niedokrwistości. Badania bakterjologiczne dały wyniki ujemne. Należy zapewne doszukiwać się przyczyn powstawania (poza przypadkami na tle kiłowem) w zaburzeniach trawienia, w zakażeniu i samozatruciu.

Wskazania lecznicze sprowadzają się do wczesnego przerwania ciąży i do energicznego leczenia niedokrwistości, które polegać winno na podawaniu arszeniku, żelaza, novarsenobenzolu, opoterapji szpikowej, przetaczaniu krwi (200—500 cm³ jednorazowo) lub też na stosowaniu zastrzyków podskórnych krwi z cytrynianem (30—100 cm³), domięśniowych zastrzyków krwi całkowitej i t. p.

Aleksander Krause (Warszawa).

Riforma Medica.

Nr. 48. 26. XI. 1923.

Dante de Blasi. **O trwałości wyników leczniczych po stosowaniu autowakcyn w zakażeniu gronkowcowem.** Pomimo, że autowakcyna zeszła na drugi plan wobec niespecyficznego uodpornienia i proteinoterapji, autor gorąco ją poleca, zachęcony licznemi przypadkami, w których dała ona świetne wyniki. Poraz pierwszy autor zastosował autowakcynę, lecząc pewnego lekarza cierpiącego od 6 miesięcy na czyraki. Po pierwszym zastrzyku podskórnym 100 miljonów gronkowców, wyhodowanych z ropy wziętej z czyraka i odpowiednio w tym celu przyrządzonych — zmian w czyrakach nie zauważył, po następnych trzech zastrzykach (jeden — 250 milj. i dwa po 500 milj.) czyraki stopniowo znikły, poczem autor celem uodpornienia na przyszłość wykonał jeszcze 3 zastrzyki po 500 milj. W ciągu 12 lat chory nie zapadał więcej na czyraki. W innym bardzo uporczywym przypadku czyraki wznawiały się, lecz po zastosowaniu kilku serji zastrzyków — ustąpiły ostatecznie. Autor ogółem zarejestrował 38 przypadków. W zakażeniu paciorkowcowem leczenie autowakcyną okazało się bezskutecznem. Szczepionki autor przyrządzał w sposób następujący. Po obmyciu eterem czyraka dojrzałego lecz nie otwartego, przecinał skórę i zebrawszy platynowym drucikiem nieco ropy zasiewał w serjach 3 probówki z agarem, poczem stawiał je na dobę do termostatu przy 37° C. Następnego dnia przeszczepiał na agar ewentualnie otrzymane hodowle gronkowca. Po pierwszych 24 g. zbierał 5 uszek pl. dwumiligramowych i mieszał z 10 cm³ fizjol. rozczynu wyjałowionego. Probówki z otrzymaną zawiesiną poddawał ogrzewaniu w ciągu godziny do 60° i dodawał po 0,5 cm³ 5% karbolu. Po 6—8 g. robił próbne posiewy celem sprawdzenia jałowości, poczem przystępował do zastrzyków. Co do odstępów czasu między poszczególnemi zastrzykami, to pierwszy trwał zwykle 5 dni, następne po 3 dni. Wskaźnika opsonicznego można nie określać, praktyka bowiem wykazała brak potrzeby stosowania się do niego.

Wł. Arciszewski (Warszawa).

American Journal of Ophtalmology.

1922. Tom 6.

Lavrence Post. **Wpływ leków na regenerację nabłonka rogówkowego.** Autor wykonał szereg doświadczeń na królikach, aby wykazać wpływ niektórych leków używanych w okulistyce, w postaci kropel zapuszczanych do oka, na regenerację zniszczonego nabłonka rogówkowego. Celem zniszczenia warstwy nabłonkowej na pewnej ściśle określonej przestrzeni, n. p. w postaci krążka 8 mm. średnicy, posługiwał się termoforem systemu Shahana, którego nasadkę rozgrzaną do 130° przykładał na przeciąg 1 minuty do rogówki. W ten sposób na obu rogówkach królika wytwarzał jednakiego kształtu i jednakiej wielkości erozje. Następnie do jednego oka zapuszczał rozczyny niektórych środków, jak azotan srebra $^1/_5$%, holokainę 1%, siarczan cynku $^1/_5$—1%, wreszcie fizjologiczny rozczyn soli. Do drugiego oka nie zapuszczał żadnych kropli, pozostawiając regenerację nabłonka wyłącznie siłom natury. Postępy regeneracji kontrolował na obu oczach przez barwienie ubytku fluoresceiną. Z doświadczeń tych wynikło, że ubytki nabłonkowe, o ile są zupełnie czyste, to jest niezakażone, pokrywają się nowym nabłonkiem prędzej, jeżeli się do oka żadnych kropli nie zapuszcza. Wszystkie użyte do doświadczeń leki, a nawet izotoniczny rozczyn soli, opóźniały nieco proces regeneracyjny. Przy tej sposobności zrobił autor spostrzeżenie, że regeneracja u człowieka odbywa się znacznie szybciej niż u królika, gdy bowiem ubytek w postaci krążka o średnicy 8 mm, pokrywa się u człowieka doszczętnie często już przed upływem jednej doby, to taki sam ubytek u królika potrzebuje do zupełnej regeneracji przeciętnie 48 godzin. Nie wspomina jednak autor, czy dzieje się to w takich samych warunkach, czy mianowicie było u królików zapewnione unieruchomienie gałki ocznej, jakie się uzyskuje u człowieka zapomocą dokładnie założonego opatrunku.

Luther C. Peter. **Badania w świetle lampy szczelinowej nad wypadnięciem ciała szklistego do przedniej komory w związku z operacją zaćmy.** Badania przeprowadzone przez autora odnoszą się do tych przypadków, w których czy to po operacji zaćmy, czy po dyscyzji katarakty wtórorzędnej, czy wreszcie w następstwie samoistnego wessania się zaćmionej soczewki ciało szkliste wypukla się w postaci perły mniejszych lub większych rozmiarów do przedniej komory *(hernia corporis vitrei).* Nie chodzi tu zatem o utratę, wypływ ciała szklistego (*efluvium*), co zdarzyć się może w przebiegu operacji katarakty, a tylko o przemieszczenie ciała szklistego wewnątrz zamkniętej gałki ocznej. Autor badał mikroskopem rogówkowym w świetle lampy szczelinowej Gullstranda przypadki zupełnie już wygojone, zwracając główną uwagę na zachowanie się tej części ciała szklistego, która po usunięciu lub po wessaniu się soczewki, wciska się w jej miejsce lub nawet, jak to często bywa, sterczy do przedniej komory. Po operacjach polegających na wydobyciu zaćmy w zamkniętej torebce, a więc metodą Pagenstechera, metodą Homera Smitha lub aspiracyjnym sposobem Barraquera, takie wypuklanie się ciała szklistego do przedniej komory zdarza się właściwie z reguły. Również po każdej z powodzeniem wykonanej dyscyzji zaćmy wtórorzędnej ciało szkliste wciska się między brzegi rany zadanej tylnej torebce i jest to nawet zdarzenie korzystne, gdyż taka perła ciała szklistego utrzymuje już stale brzegi otworu dyscyzyjnego w należytem rozchyleniu. W świetle lampy szczelinowej przy powiększeniu 24 krotnem i przy pewnej wprawie można dokładnie rozeznać powierzchnię wypuklającej się perły ciała szklistego wśród cieczy wodnej mimo, że współczynniki załamania obu tych ośrodków są bardzo do siebie zbliżone Pomaga w tem zazwyczaj drobniutki pył barwikowy, jaki często powierzchnię hernji pokrywa. Pozatem dostrzec można strukturę ciała szklistego, złożoną z cieniutkich błonek i nitek. Oczywiście w razie istnienia mętów i zaćmień obraz staje się tembardziej wyraźny. Wypadnięte do przedniej komory ciało szkliste wykonywa często żywe, drgające i falujące ruchy. Autor miał sposobność porównać kilka przypadków operowanych metodą Barraquera i przekonał się, że chociaż w tych ostatnich przypadkach zewnętrznie oczy lepiej wyglądają i świadczą o nienagannej technice operacyjnej, to jednak operacja ta stanowi widocznie dla ciała szklistego znaczniejszy uraz, gdyż ciało szkliste u tych chorych wykazuje daleko wybitniejsze zaćmienia, niż u chorych operowanych metodą Smitha.

Lycurg Gurley. **W sprawie zapobiegania zaburzeniom psychicznym po operacji zaćmy.** Do wielu opisanych w piśmiennictwie spostrzeżeń psychoz, jakie występują po operacjach ocznych, zwłaszcza po operacji zaćmy, dodaje autor jeszcze pięć spostrzeżeń własnych. Jak wiadomo, psychozy po operacjach ocznych pochodzą głównie z trzech źródeł: wywołuje je mianowicie w niektórych razach zatrucie atropiną, jeżeli musimy ją często do oka zapuszczać, co jednak zdarza się dość wyjątkowo. Powtóre nałogowi pijacy, jeśli im się po operacji nie podaje alkoholu, dostają częstokroć delirium tremens. A wreszcie sam wstrząs psychiczny wywołany operacją, a następnie ciemnica, obustronny opatrunek na oczy, nieruchome leżenie w łóżku, składają się na wybuch prawdziwej psychozy pooperacyjnej. To ostatnie zdarza się

najczęściej. Autor, upatrując główną przyczynę zaburzeń umysłowych, podniecenia i niepokoju, tak niebezpiecznego dla operowanego oka, w tem, że po operacji na przeciąg kilku dni zakładamy opaskę także i na drugie, nie operowane oko, obmyślił aluminiowe pokrywki z poziomą szparą w środku, które zakłada na oczy operowanego. Na oko operowane zakłada prócz tego odpowiedni opatrunek, a drugiem okiem pozwala choremu patrzeć, przyczem oko korzystać może tylko z dość wąskiej poziomej szczeliny. Urządzenie to zmniejsza skłonność do wykonywania silniejszych, niebezpiecznych dla operowanego oka zwrotów i ruchów oka drugiego, a z drugiej strony możność widzenia zabezpiecza chorego przed podnieceniem nerwowem i utratą równowagi umysłowej.

C o w a n Alfred. **Wahania prawidłowej bystrości w związku z czynnością czopków siatkówkowych.** Wiadomo, że nawet w prawidłowych warunkach bystrość wzroku okazuje co do stopnia dość znaczne wahania. Autor usiłuje wyjaśnić to zjawisko zapomocą nowej hipotezy, którą opiera na następujących trzech założeniach:

1) Czopki siatkówkowe są elementami wrażliwemi i każdy z nich po osobnem włóknie odsyła odebrane wrażenie do ośrodków wzrokowych.

2) Istnieje zależność pomiędzy wielkością najmniejszego dostrzegalnego obrazu siatkówkowego a średnicą powierzchni czopka znajdującego się w środku plamki żółtej.

3) Najmniejszy dostrzegalny obrazek, jeżeli niema powodować wrażenia wyłącznie punktu, musi być tak wielki, żeby pokrył sobą w całości powierzchnię środkowego czopka i wkraczał jeszcze choćby częściowo na powierzchnię czopków sąsiednich. Autor przypomina zdanie Tscherninga, że wyraźne widzenie naosiowe polega na szybkich a drobnych ruchach, zapomocą których oko zarysy i szczegóły przedmiotu kolejno chwyta na najwrażliwszy punkt całej siatkówki i niejako obmacuje oglądany przedmiot swą osią widzenia. Ponieważ plamka żółta jest najwrażliwszą okolicą swej siatkówki, *fovea centralis* najwrażliwszą częścią plamki żółtej, a foveola znajdująca się w centrum środkowego dołka, jest w jego obrębie miejscem najczulszem, przeto, zdaniem autora, można przypuścić, że istnieje jeden centralny czopek środkowy, z którego powierzchni wychodzi oś widzenia i który jest organem maksymalnej, najdokładniejszej bystrości naosiowej. I tu autor posuwa się dalej w swem rozumowaniu przypuszczając, że punkt wyjścia osi widzenia nie zawsze leży w samym środku powierzchni tego czopka. O ile leży w samym środku, to powstaje przez to optimum bystrości wzrokowej. Ilekroć zaś punkt wyjścia osi widzenia leży gdziekolwiek poza środkiem powierzchni czopka n. p. blisko jego obwodu, wtedy obrazek siatkówkowy, w którego ośrodek oś widzenia celuje, musi być znacznie większy, aby mógł dosięgnąć powierzchni czopków leżących po przeciwnej stronie. Tem samem graniczny kąt widzenia staje się większy, a bystrość wzroku okazuje się mniejszą. Względnie najmniejszym może być dostrzegalny obrazek tylko wtedy, jeżeli środek, a zarazem punkt wyjścia osi widzenia leży w samym środku centralnego czopka — i stanowi owo optimum dla naosiowej bystrości wzroku.

W i l l i a m L. B e n e d i c t i M a r y S. K n i g h t. **Tenonitis serosa.** Zapalenie surowicze torebki Tenona należy do rzadko spostrzeganych schorzeń. Autorowie opisują szczególnie ciężki przypadek 47 letniego farmera, u którego wystąpiła bardzo silna chemoza, a skończyło się na zupełnem zniszczeniu przez sprawę ropną rogówki prawego oka i na częściowem owrzodzeniu rogówki lewej. Z początku choroby istniała bardzo duża bolesność przy wszelkich ruchach oczu, poczem utrudnienie ruchów wzmagało się coraz bardziej, a wreszcie przy miernej protruzji przyszło do zupełnego unieruchomienia gałek. Kilkakrotne nacięcia chemotycznej spojówki nie wykazały żadnego ogniska ropnego, wypływała tylko krew względnie ciecz surowicza. Zaburzeń w stanie ogólnym nie było żadnych. Stan zapalny w torebkach Tenona ustąpił powoli po dużych dawkach przetworów salicylowych, po leczeniu napotnem zapomocą wstrzykiwań pilokarpiny i pod wpływem ciepłych, wilgotnych okładów. Prawa gałka oczna zniszczona sprawą ropną musiała być jednak wyjętą. *K. W. Majewski* (Kraków).

T. 7. Nr. 1. 1924.

W i l i a m F. H a r d y. **»Lipaemia retinalis, wyniki po insulinie«.** Autor szczegółowo podaje spostrzeżenia kliniczne u chorego na cukrzycę w stadjum śpiączki. Obok zmian ogólnych stwierdził obrzęk siatkówki; naczynia siatkówkowe i tarcza nerwu wzrokowego jednakowego zabarwienia, blade, tak, że trudno je od siebie odróżnić, naczynia wydają się jak gdyby wypełnione mlekiem. Zastosowano leczenie insuliną, przez trzy dni podano razem 213 jednostek. Na czwarty dzień autor stwierdził dno o prawidłowym wyglądzie. Szybkość, z jaką nastąpiła zmiana korzystna obrazu dna oka po zastosowaniu insuliny zasługuje, na podkreślenie. Podaje się insulinę codziennie przeciętnie w dawkach od 40 do 60 jednostek śródżylnie lub podskórnie.

Brit. Journ. of. Ophth.

Nr. 9. 1923.

P. G. D o y n e. **»O odruchu źrenicznym Tournaya«.** Tournay opisał zjawisko następujące: jeśli człowiek, którego narząd wzrokowy jest pod każdym względem prawidłowy, zwróci oczy n. p. na stronę prawą jak najusilniej i zatrzyma je w tem położeniu, to prawa źrenica staje się szerszą od lewej. Izokorja staje się regułą przy patrzeniu wprost, anizokorja przy patrzeniu w bok. Autor potwierdził te spostrzeżenia, jednak łatwość, z jaką źrenica ulega rozszerzeniu podlega wielkim wahaniom zależnie od przypadku. W serji 40 przypadków paralysis progressiva spostrzegał reakcję tę w 15 przypadkach, nie dostrzegał jej w 18, wątpliwą była w 4, po jednej stronie tylko w 3 przypadkach. Z tych 40 przypadków w 20 stwierdził objaw Argyll-Robertsona i u tychże w 14 przypadkach brakło objawu Tournaya, w 4 stwierdzony, w 1 wątpliwy. W 5 przypadkach tej serji, w których brakło reakcji na światło i akomodację, stwierdził objaw Tournaya w 1. przypadku, w pozostałych 4 zupełnie go brakło. We wspomnianych 3 przypadkach jednostronnej tylko reakcji Tournaya, w 2 przypadkach prawa źrenica była nieczynna, lewa zaledwie reagowała, zatem prawa była szerszą stale od lewej; w tych więc przypadkach reakcja była po stronie lewej. W 1 przypadku sprawa się miała odwrotnie, reakcja zatem zachodziła po stronie prawej.

Nr. 9. 1923.

J. D. C u m m i n s. **»Objaw źreniczny Wernickego«.** Hess twierdzi, że uzyskanie objawu źrenicznego Wernickego wymaga specjalnego aparatu. Autor jednak uważa to za zbędne, wystarczy bowiem posadzić chorego bokiem do okna (posługując się tylko światłem dziennem rozproszonem) i kazać mu patrzeć w dal. Przy zwrocie ku oknu druga połowa siatkówki zostaje światłem zadrażniona i możemy uchwycić wyraźny objaw Wernickego. Oko nie badane przysłania się lekko przy pomocy bandażu. Warunek ażeby oko badane było miarowem.

Ann. di Ott. v. 50.

D i M a r z i o. **Chloroma orbitae.** Chłopiec 7 lat, dotychczas zdrów, od 6 miesięcy zaczął podupadać na zdrowiu. Przed 2 miesiącami poczęło wysadzać lewe, przed 1 miesiącem zaś prawe oko. Chory o wyglądzie bladym, exophthalmus na obu oczach. Przez powiekę górną wyczuwało się twór zbity, ciągnący się aż do łuku brwiowego. Na lewem oku guz wielkości jajka, na prawem oku wielkości orzecha. Przy obliczeniu ciałek krwi znaleziono 24000 białych ciałek (40% mononuklearnych, 20% myelocytów). Promieniami Roentgena stwierdzono zajęcie zatok kości klinowej. Po 2 tygodniach rogówka lewego oka uległa owrzodzeniu, poczem nastąpiło przebicie i zakażenie wnętrza gałki ocznej. Po kilku dniach to samo wydarzyło się na prawem oku. Tumor oczodołowy wzrastał tymczasem dalej; wzrastała również anemja i ogólne wyniszczenie. W dniu 55 obserwacji chłopak zmarł (w 4 miesiące jak pojawił się wytrzeszcz). Autopsja wykazała zajęcie całego oczodołu przez masy chloroma, pojedyncze ogniska tego nowotworu stwierdzono w mostku i kości udowej. Z obszernego piśmiennictwa przypadków chloroma można stwierdzić pewną predylekcję młodego wieku, częstość występowania w kościach twarzy i wczesne występowanie wytreszczu. W dużej ilości przypadków z początku obraz krwi może być normalnym później dopiero obraz krwi staje się

leukemicznym. Z tych więc powodów jak również z charakterystycznego zielonego zabarwienia nowotworu uważa autor chloroma za chorobę sui generis, a leukemiczny obraz krwi uważa za następowy objaw.

Journ. of. A. M. A.
T. 3. 1923. Nr. 18.

Sands, Irving J. **Zatrucie weronalem (barbital).** Autor podaje 5 przypadków zatrucia weronalem. We wszystkich przypadkach była zachowana reakcja źrenic ale znacznie osłabiona. W 4-ech przypadkach stwierdził nystagmus, w 1 przypadku hippus źrenicy. Były to zatrucia ostre. Obok zmian w reakcji źrenic spotyka się w piśmiennictwie zatruć weronalem także opadnięcie powieki i podwójne widzenie.

Karelus. (Kraków).

Ruch w Towarzystwach lekarskich. - Zjazdy.

Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie naukowe z dnia 10. stycznia 1924.
Przewodniczy prof. Majewski. Obecnych 110.

Przewodniczący wygłasza **wspomnienie pośmiertne o św. p. rektorze Łazarskim** i zawiadamia, iż p Curie-Skłodowska przysłała na jego ręce list, w którym dziękuje serdecznie Krak. Tow. lekarskiemu za przesłane jej życzenia. Na członka przyjęto kol. Kazimierza Ściesińskiego.

Kol. Tempka: 1) Przypadek **rwy kulszowej** prawostronnej leczonej wstrzykiwaniami perineuralnemi antipiryny z bardzo dobrym wynikiem.

2) Przypadek **lymphosarcomatosis**.

W dyskusji kol. Rose wspomina, że leczy przypadki rwy kulszowej wstrzykiwaniami antipiryny od roku i przygotowuje wyniki do publikacji. Wyniki są niejednokrotnie zadziwiające. Przypadki mogą być leczone ambulatoryjnie. Leczenie to jednakowoż w pewnej ilości przypadków zawodzi. Od czego to zależy, niewiadomo. Naogół środek znakomity.

Kol. Orłowski pyta, czy przypadki Rosego miały tło reumatyczne.

Kol. Surzycki miał dobre wyniki po $1/2$ gramowych wstrzyknięciach perineuralnych antipiryny. Zwykle 3—4 wstrzyknięcia wystarczały do wyleczenia.

Kol. Rose: w całym szeregu przypadków etjologja jest nieznana. Przypadki, wyglądające na ischias rheumatica, niejednokrotnie się nie polepszały. Możliwy jest również błąd techniczny i to nawet przy kilkakrotnych wstrzyknięciach.

Kol. Pokorny przedstawia przypadek **Carcinoma pulmonum.**

Kol. Adamowicz przedstawia przypadek **Myelosis leucaemica chronica.**

Kol. Ręczajski przypadek **Morbus maculosus Verlhofi** z thyreotoxykozą.

W dyskusji nad ostatnim przypadkiem zabierali głos kol. Blassberg i Tempka, który zwracał uwagę, iż przypadek ten jest ciekawy ze względu na etjologję. Należy go odnieść do zaburzeń w gruczołach dokrewnych.

Kol. Walter przedstawia: a) chorą, u której po ustąpieniu zmian kiłowych drugorzędnych w postaci guzków na twarzy i czole i rumienia guzowatego kiłowego na obu podudziach wśród leczenia przetworami bizmutowemi, wystąpiła po raz pierwszy **łuszczyca** o typowej lokalizacji. W miejscach rumienia guzowatego wystąpiły wykwity łuszczycowe. W przypadku tym nastąpiło uczulenie (sensibilizacja) skóry przez proces chorobowy, powodujące wystąpienie łuszczycy; b) przypadek, gdzie u chorego z objawami łuszczycy, występujące objawy kiły drugorzędnej przybrały charakter typowych wykwitów łuszczycy. I w tym przypadku zmiany w skórze pod wpływem łuszczycy spowodowały charakter łuszczycowy wykwitów kiłowych

c) Przypadek rozległego **bielactwa ogólnego skóry** na tle kiłowem.

Kol. Nowotny: u chorego z **rakiem płaskokomórkowym**, (stwierdzonym badaniem mikroskopowem) — wielkości 20-halerzówki, umiejscowionym w pobliżu małżowiny usznej, po zrobieniu excyzji nowotworu i gruczołów — sprawa wygoiła się zupełnie bez następowego stosowania leczenia radowego. Na następową gładką bliznę, dla uzyskania większej pewności zupełnego wyleczenia, przyłożono później igłę radową.

Kol. Majewski przedstawia kobietę z **nawrotem raka** (*carcinoma planocellulare*) okolicy prawego woreczka łzowego. Przed trzema tygodniami zaaplikowano dwie igły, zawierające razem 9 mg. czystego radu, na przeciąg 48 godzin. Już w najbliższych dniach rozpoczął się niezwykle szybki rozpad nowotworu przy równoczesnem charakterystycznem ciemno liliowoczerwonem zabarwieniu otaczającej skóry. Guzek, który pierwotnie był wielkości połowy orzecha włoskiego, dziś już prawie nie istnieje. Badanie mikroskopowe skrawka nowotworu, wziętego w pięć dni po naświetleniu, wykazało wybitną wakuolizację jąder komórkowych w niektórych ogniskach rakowych. Tu i ówdzie obrazy pyknosis i kariorrhexis.

Kol. Szymanowicz: niezwykły przypadek **uwięźnięcia pęcherza moczowego** między obustronnemi ropniami przymacicza, schodzącemi do tkanki okołopochwowej.

Chora, lat 56, zgłosiła się do kliniki gin.-poł. U. J. z objawami zapalenia otrzewnej z niedrożnością jelit i niemożnością, wzgl. bolesnem oddawaniem moczu. Ciepł. 38.6 Tętno 140.

Przypuszczalne rozpoznanie brzmiało: niedrożność jelit mechaniczna (z niewiadomej przyczyny), przewlekłe zapalenie otrzewnej i ropnie przymaciczne oraz okołopochwowe.

Z powodu objawów niedrożności jelit mechanicznej wykonano laparotomję w linji środkowej poniżej pęka, przyczem stwierdzono ogólne ropne zapalenie otrzewnej, przeważnie zlokalizowane w miednicy małej, ropnie obu przymacicz bocznych, sięgające, jako guzy wielkości pięści męskiej, do wysokości przednich górnych kolców kości biodrowych i uciskające między sobą pęcherz moczowy (wypełniony moczem) o ścianach kilkakrotnie przerosłych, a ugniatające wraz z pęcherzem macicę obrzękłą, powiększoną, w kierunku kiszki stolcowej.

Wobec tego stanu wykonano nacięcie ropni od strony pochwy, wypuszczono 2 litry cuchnącej ropy, a jamy po niej powstałe wysetonowano. Brzuch zaszyto, wyprowadzając na zewnątrz seton sięgający do dna miednicy małej.

Stan po zabiegu nie polepszył się i chora wśród objawów zapadu zmarła w 7 godzin po zabiegu. Sekcja potwierdziła w zupełności spostrzeżenia operacyjne.

Posiedzenie naukowe z dnia 13. lutego 1924.
Przewodniczy prof. Majewski Obecnych 112.

Przyjęto na członka kol. M. Łopacińskiego. Kol. Lenartowicz proponuje, aby lekarze — należący do Tow. lekarskiego, zrzekli się upominków przesyłanych im przez wytwórnie chemiczno-farmaceutyczne, prosząc równocześnie odnośne wytwórnie, by kwoty przeznaczone na ten rodzaj reklamy składały na cele Bratniej Pomocy Medyków Uniw. J. Wniosek jednogłośnie uchwalono.

Kol. Zubrzycki przedstawia chorą, operowaną radykalnie sposobem Wertheima, u której z powodu **nacieku nowotworowego** zresekowano 3 cm moczowodu prawego i kawałek ściany pęcherza. Równocześnie przedstawia preparat z drugiego podobnego przypadku, operowanego sposobem Wertheima z resekcją moczowodu i części pęcherza moczowego; chora zmarła z powodu pyonefrozy w miesiąc po zabiegu. Infekcja dróg moczowych po zabiegu radykalnym sposobem Wertheima jest rzeczą dosyć częstszą, lecz nie występuje w każdym przypadku. Na tę infekcję składają się głównie niedowład mięśnia pęcherzowego po odpreparowaniu, powtóre duża ilość ropnej wydzieliny spływająca z rany przez pochwę. Wszczepiony moczowód był tak dobrze wygojony, że z trudnością tylko można go było odróżnić od zdrowego.

W dyskusji przemawiali kol. Rychliński i Szymanowicz, który nie zgadza się z zapatrywaniami kol. Z. i radzi raczej operować przypadki wczesne, zaś leczyć energią radową przypadki daleko posunięte, których usunięcie pociąga za sobą duże trudności techniczne i olbrzymią śmiertelność pooperacyjną W razie niepewności, czy w przypadkach naświetlanych radem niema przerzutów nowotworowych, należałoby okolice gruczołów naświetlać promieniami Roentgena. Na dowód słuszności swego zapatrywania przytacza statystykę Kröniga.

Kol. Woyciechowski sądzi, że oba omówione przez prelegenta przypadki należą do rzędu tak daleko posuniętych raków, które nie pozwalają na korzystne rokowanie bez względu na to, czy się posługujemy metodą operacyjną, czy też leczeniem energią promienną. Jeżeli kol. Z. w obu przypadkach operował, to nikt mu z tego zarzutu uczynić nie może. Oczywiście myślą przewodnią operatora mogło być jedynie przygotowanie terenu dla późniejszego stosowania energji promiennej w postaci kombinowanej (rad + Röntgen), w nadziei przedłużenia życia chorej, o ile wynik bezpośredni operacji — jak w przypadku pierwszym, jest korzystny.

W odpowiedzi mówca podnosi, że resekcja moczowodu tylko zabieg upraszcza, bo dużo trudniejszą jest rzeczą wypreparowanie moczowodu z nacieku niż ewentualne zresekowanie i następowa inplantacja tegoż, wobec czego zabieg ten należał do łatwych. Na oddziale prelegenta wykonuje się zabiegi dużo trudniejsze, wprost desperackie, pozatem poucza też doświadczenie i piśmiennictwo, że z tych desperackich przypadków dużo wychodzi i żyje bez recydywy ponad 5 lat Twierdzenie, jakoby te oba przypadki dały się wyleczyć radem, jest gołosłownem, bo po pierwsze w obu przypadkach były powiększone gruczoły tak wysoko, że je musiano wypreparować ponad bifurcatio aortae, a po drugie przy leczeniu radem przyszłoby do wytworzenia przetoki moczowodowo-pęcherzowej, coby w drugim przypadku mogło przyśpieszyć infekcję dróg moczowych. Leczenie gruczołów promieniami Roentgena nie jest rzeczą dokładnie przebadaną i stwierdzoną, zwłaszcza wobec trudności w nastawieniu lampy na zrakowaciałe gruczoły i dania odpowiedniej dawki.

Kol. Bujak wygłasza odczyt p. t. **„O patogenezie ropomoczu u dzieci"**. (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusji przemawiali kol.: Eisenberg, Blassberg i kol. Lewkowicz, który sądzi, że niekoniecznie musimy naśladować Niemców i mówić o ropomoczu; nazwa ta bowiem, tylko objawowa, jest zupełnie nieodpowiednia. To też mówienie o patogenezie ropomoczu jest ryzykowne. Całkiem zaś dobrze charakte-

ryzuje sprawę nazwa zapalenia dróg moczowych (*nephropyelocystitis colibacillosa*)

Prelegent był może zbyt ostrożny w wyrażeniu właściwego zapatrywania, że chodzi o zakażenie nerki drogą krwi. Jeżeli za Finkelsteinem przytaczał, że dotychczas nikt nie udowodnił, iżby podobne ogniska, jakie stwierdzono w nerkach — drobne, często tylko mikroskopowe ropnie prosówkowe — istniały w innych narządach, to należy to tłumaczyć okolicznością, że badań systematycznych w tym kierunku prawdopodobnie wogóle nie było. Wyników dodatnich można zresztą oczekiwać tylko w przypadkach szybko prowadzących do śmierci. Ale już spostrzeganie kliniczne daje niedwuznaczne wskazówki w danym kierunku. Kol. Lewkowicz ma właśnie w obserwacji przypadek bardzo ciężkiego zakażenia dróg moczowych u niemowlęcia. Stwierdzono tu znacznie powiększoną wątrobę, sięgającą brzegiem prawie do kolca przedniego górnego kości biodrowej, a w pierwszych dniach dziecko miało długotrwałe drgawki ogólne, potem zaś przez kilka dni okazywało wyraźną sztywność kończyn i podwyższenie odruchów ścięgnistych. Objawy te należy tłumaczyć rozsianemi zmianami zapalnemi w wątrobie i mózgowiu. Zmiany takie w dalszym przebiegu mogą się szybko cofać.

W badaniach prelegenta zyskujemy dalszy dowód, bardzo pożądany, że sprawa zajmuje pierwotnie nerkę, oczywiście drogą krwi. Nasze zapatrywania patogenetyczne przesuwają się tu zatem ostatecznie w tym samym kierunku, co przy t. zw. zapaleniu opon meningokokowem. Tam chodzi także, wbrew pierwotnym pojęciom o szerzeniu się sprawy z sąsiedztwa, o przerzucenie się zakażenia na narząd wydzielniczy, bogato unaczyniony, mianowicie na sploty naczyniowe komór — jest to rodzaj nerki mózgowej — gdzie również pierwotne ogniska przerzutowe cofają się szybko, a pozostaje sprawa tocząca się na powierzchni, zakażenie nabłonkowe, mogące się utrzymywać miesiącami.

Posiedzenie naukowe z dnia 20. lutego 1924.

Przewodniczy prof. Majewski. Obecnych 74.

Kol. W. Frommer wygłosił odczyt p. t. **»Arsen w organizmie i stosunek jego do ciąży oraz toksykoz porodowych“.**

Szkoła francuska na czele której stoi Gautier, uznaje przeważnie obecność arsenu w ustroju, niemieccy badacze przeczą temu.

Na podstawie badań Gautiera, który zestawił ilościowe zawartości As. w całym szeregu środków spożywczych, dowodzi mówca, że każdy osobnik posiada w życiu codziennem dostateczne źródła przyjmowania arsenu, a głównem źródłem są pokarmy.

Wydzielanie As. z ustroju następuje nerkami, gruczołami potnemi, włosami, naskórkiem i paznogciami. U kobiet wydziela się As. też z krwią miesiączkową. Skoro nastąpi niedomoga, wzgl. zwyrodnienie jednego lub więcej narządów arsen wydzielających, wówczas może przyjść do kumulacji arsenu z objawami mniejszego lub większego zatrucia. (Nerka ciężarna, degeneracja gruczołów potnych)

Te względy teoretyczne skłoniły Fromera do zestawienia porównawczego pod względem składników moczu, obrazu klinicznego i anatomicznego objawów zachodzących przy przewlekłem zatruciu As. z jednej strony, z przypadłościami, zachodzącemi przy ciąży i toksykozach porodowych, w szczególności przy drgawkach porodowych.

Celem zebrania moczu żywione były króliki, morskie świnki i szczenna suka przez dłuższy czas (ta ostatnia przez 26 dni) wzrastającemi dawkami As. Frommer wykazał następujące wspólne zawartości przy zatruciu As. i drgawkach porodowych. 1) zmniejszenie ilości moczu, a nawet bezmocz, 2) elementy nerkowe jak: ciałka krwi, nabłonki, wałeczki szkliste, 3) białko, 4) kwas mleczny, i często bardzo, 5) barwiki żółciowe, oraz 6) cukromocz.

Prelegent wymienia następnie między innemi następujące wspólne i charakterystyczne objawy kliniczne, których geneza jest przeważnie nieznana: 1) barwik skóry i należące tutaj ostudy ciężarnych (chloasma uterinum), 2) schorzenia skóry (dermatozy), 3) zmiany w uwłosieniu, 4) żółtaczka skóry, 5) zaburzenia wzrokowe, 6) zaburzenia w jamie ustnej, oraz cały szereg ogólnych przypadłości, jak nudności, wymioty, bóle głowy i w krzyżach oraz drgawki.

Udowodniwszy na kotnym króliku i morskiej śwince, żywionych poprzednio arsenem, przejście As. ze zwierzęcia macierzystego na łożysko i płód, stwierdza obecność arsenu w 4 łożyskach i 4 płodach ludzkich podczas ciąży normalnej.

Zawartość As. w organizmie płodu jest zapewne potrzebna dla fizjologicznego rozwoju płodu. Znaczenie As w ciele płodu musi być poddane dalszym studjom, które, wedle zdania prelegenta, prawdopodobnie mogłyby rzucić światło na dotychczas nieznaną etjologję żółtaczki noworodów (Icterus neonatorum)

Następnie przedstawia Fr. zwierciadła arsenowe z mózgu i wątroby zmarłej wśród drgawek porodowych Leopoldyny B., która nigdy poprzednio nie była leczona arsenem, ani też nigdy nie była z nim w styczności.

Narządy drugiej ciężarnej, zmarłej wśród drgawek porodowych w 6 miesiącu ciąży, wykazują zwierciadło As w jelicie grubem, w błonie śluzowej macicy i łożyska.

W dalszym ciągu przedstawia Fr. znaczniejsze zawartości As w mózgu i w wątrobie zmarłego indywiduum na chorobę Bantiego; osobnik ten arsenu nie używał podczas swego 8-miesięcznego pobytu w klinice (Etjologia morbus Banti jest nieznana).

Badane też obok całego szeregu innych narządów jajniki 6 razy z wynikiem — od śladów do wyraźnych zwierciadeł.

Na podstawie swych zestawień porównawczych podnosi prelegent doniosłość wpływu arsenu na przypadłości podczas ciąży normalnej i patologicznej, w szczególności nie wyklucza znaczenia arsenu na etjologję drgawek i innych toksykoz porodowych.

Wykazane zwierciadła posiadają też znaczenie dla medycyny sądowej.

W dyskusji przemawiali kol. Blassberg i Olbrycht, który omawia szerzej znaczenie arsenu pod względem sądowo-lekarskim i na podstawie przytoczonych własnych przypadków wyjaśnia, że, jak w każdym kryminalnym przypadku otrucia, tak samo przy otruciu arsenem, dla uniknięcia omyłki, musi się oprzeć orzeczenie na szerokiej podstawie, uwzględniającej obok wyniku analizy chemicznej także objawy zauważone u schyłku życia denata, tudzież wynik dokładnie przeprowadzonej sekcji. Zresztą przy badaniu chemicznem należy oznaczać ilościowo arsen w poszczególnych narządach, a wówczas wyniki badań Gautiera, co zresztą także sam Gautier podkreśla, nie upośledzają w niczem znaczenia i wartości sądowo-lekarskiego wykazywania arsenu we wnętrznościach, wyjętych przy sekcji zwłok. Odnośnie do podniesionej w duskusji przez kol. Blassberga omyłki, popełnionej przez bakterjologa Roberta Kocha, podówczas lekarza powiatowego w Poznańskiem, to wynikła ona z błędnego zapatrywania Kocha i innych dawnych autorów, iż zwłoki osób otrutych arszenikiem nie gniją lecz trupieszeją. Zresztą Lesser w epikryzie tego przypadku doszedł do usazadnionego przekonania, że w tym przypadku miało miejsce otrucie strychniną a nie arszenikiem Co do teorji prelegenta, że rzucawkę porodową można tłumaczyć przewlekłem zatruciem arszenikiem, to O. zauważa, że należałoby bardzo ciekawe zresztą i żmudne badania prelegenta kontynuować, ponieważ zbadał tylko dwa przypadki. Następnie O. wspomina o badaniach doświadczalnych Scherbatscheff'a, że arsen przyjęty do ustroju nawet w dawkach lekarskich zostaje w nim bardzo długo i daje się wykazać po szeregu miesięcy (160 dni) w niektórych narządach, że zatem trudno wykluczyć, czy u badanych osób nie mógł był arsen na szereg miesięcy przed zejściem w jakikolwiek sposób (przez ubranie, leki, pracę zawodową i t. p.) dostać się do ustroju; wreszcie O. zaznacza, że podobna symptomatologja dwóch procesów chorobowych nie dowodzi jeszcze ich identyczności.

Kol. Zubrzycki: objawy drgawek porodowych nie pokrywają się w całej rozciągłości z objawami zatrucia arsenem i wobec tego uważa wniosek prelegenta, jakoby drgawki były wywołane nadmiernem nagromadzeniem się arsenu w ustroju ciężarnej kobiety, za niezbyt słuszny i przynajmniej jemu do przekonania nie przemawiający.

Warszawskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie kliniczne w dn. 19 lutego 1924.

Przewodniczący prof. A. Leśniowski.

1) Fr. Goebel wygłosił rzecz p. t.: **Osteomalacja jako zakwaszenie organizmu.**

W dyskusji Pawiński zapytuje, jakie były warunki odżywiania chorych badanych. Przy tak dokładnem badaniu stopnia zakwaszenia ustroju odżywianie niewątpliwie miało wpływ.

Goebel wyjaśnia, że odżywianie pod względem jakościowym i ciepłostkowym było podczas badania w granicach normy.

2) Landau i M. Feigin wygłosili rzecz p. t.: **Wskazania i metodyka stosowania insuliny** wraz z pokazem działania porównawczego insuliny angielskiej i warszawskiej, wyrobu dra K. Funka.

W dyskusji prof. Gluziński dziękuje drowi Funkowi i kolegom amerykańskim z Philippolis za nadesłaną insulinę. Do tej pory prof. G. nie posiadał insuliny zupełnie, a więc nie mógł jej stosować. Prof. G. podług pewnych zasad rozpoczynał leczenie, które różni się od postępowania prelegenta. Prof. G. usuwa węglowodany i przeprowadza badania, czy po usunięciu węglowodanów znika cukier, następnie określa tolerancję węglowodanową u danego chorego. Jeżeli po usunięciu wpływu węglowodanów na powstawanie cukru, cukier w moczu występuje, prof. G. obniża ilość białka. Prof. G. postępując w ten sposób przez szereg tygodni podnosi tolerancję węglowodanów u danego chorego. W przypadkach bardzo ciężkich przy djecie bezwęglowodanowej odcukrzyć chorego nie można; zmniejszając jednak ilość wprowadzanego białka, udaje się chorego uwolnić od cukromoczu, ilość acetonu podnosi się. W jednym przypadku tolerancja węglowodanowa dochodziła do 100 gramów węglowodanów, cukier nie występował, aceton stale utrzymywał się w moczu, jak również i kwas aceto-octowy. Ilość cukru we krwi stale pozostawała zwiększoną. Otóż czy w takich przypadkach stosować insulinę i w jakiej dawce?

J. Bączkiewicz chciałby się dowiedzieć, czy prelegent nie obserwował cukrzycy u dzieci, czy też ma jakie dane z piśmiennictwa co do stosowania insuliny u dzieci? Czy w przypadkach acetonemji i śpiączki u dzieci stosować insulinę? Z przedstawionych danych wynika, że pod wpływem insuliny stan chorych poprawia się. Nasuwa się pytanie, jak długo stosować insulinę?

Goebel zapytuje, jak się zachowuje krzywa wskaźnika zakwaszenia w związku z insuliną. W cukrzycy występuje za-

burzenie w spalaniu cukru, tłuszczu i białka. Czy pod wpływem insuliny bilans zasad dotyczący wapnia też się poprawia.

Landsberg uważa, że przebieg ropnych spraw w cukrzycy nie zależy od przecukrzenia krwi, gdyż po zastosowaniu insuliny pomimo, iż stale ilość cukru we krwi pozostawała wyższą niż normalnie, zapalenie ropne ucha środkowego miało przebieg wybitnie łagodny. Po dużych dawkach insuliny aceton, kwas aceto-octowy nie ginęły, a sprawa ropna trwała łagodnie. Przy stosowaniu insuliny spostrzegano znaczne obrzęki, które miały podobieństwo do obrzęków sercowych. Środki moczopędne w podobnych przypadkach nie działają. Landsberg składa podziękowanie drowi Funkowi za udostępnienie środka leczniczego insuliny szerszemu ogółowi chorych, dzięki dość umiarkowanej cenie.

Gutowski zwraca uwagę, że zastrzykiwanie pod skórę i śródżylnie ma duże znaczenie z powodu różnicy we wchłanianiu. Wyciągi z trzustki zastrzykiwane pod skórę nie dawały spadku ciśnienia, zastrzyknięte śródżylnie szybko obniżały ciśnienie. G. zapytuje, czy prelegent zwracał uwagę na ciśnienie przy stosowaniu insuliny.

Landau wyjaśnia, że usunięcie cukru z moczu, to usunięcie objawów; obecność acetonu dowodzi, że zaburzenia w przemianie ustroju trwają dalej. Kwasica jest niemniej ważnym objawem, jak obecność cukru w moczu. W obecności acetonu L. radzi stosować insulinę, aby podnieść bilans węglowodanowy. U dzieci należy trzymać się tych samych zasad, co i u dorosłych. Co się tyczy wymiotów okresowych, to mamy do czynienia z dużą kwaśnicą, a więc z teoretycznych przesłanek wynika, że należy stosować insulinę i cukier gronowy. W przypadkach ciężkiej cukrzycy insulinę należy stosować stale. L. jest za stosowaniem insuliny podskórnie, śródmięśniowo stosowana działa źle, dożylnie należy stosować jedynie w przypadkach ciężkich, piorunujących, gdzie zależy na szybkiem zadziałaniu. Co się tyczy bilansu wapnia i magnezu, to już Naunyn dowiódł, że w stanach kwasicy wydzielają chorzy więcej niż normalnie. Sprawy kwasicowej L. nie opracowywał do tej pory, wskaźnika zakwaszenia nie określał. Landau porównując działanie polskiej insuliny z działaniem amerykańskiej różnicy w działaniu nie spostrzegał.

Na tem posiedzenie zakończono.

Wacław Kowalski sekretarz doroczny.

Sprawy zawodowe.

Protokół Posiedzenia Rady Izby lekarskiej Krakowskiej z dnia 19 marca 1924 r.

Przewodniczy Strzemieński, pisze Weinsberg.

Nadto obecni: Bartkiewicz, Budzyński, Cercha, Czaplicki, Dudziński, Glassner, Grzybowski, Jankowski, Kostrzewski, Kwieciński, Landau, Maciąg, Masny, Orłowski, Piątkowski, Poźniak, Rutkowski, Schneider, Skórski, Stahr, Suchodolski, Wróblewski, Wrześniowski, Zakrzewski, Zbigniewicz, Zieleniewski, Żydłowicz. Członkowie Komisji Rewizyjnej: Piotrowski, Schneider, Woyciechowski. Nieobecność swą usprawiedliwili Ciechanowski i Rose.

1) Naczelnik Izby poświęca gorące wspomnienie pamięci zmarłego członka ś. p. dr. Wacława Damskiego. Przemówienia tego wysłuchali obecni stojąc. — W miejsce dr Damskiego wszedł w skład Rady prof. dr. Rutkowski.

2) Protokół poprzedniego posiedzenia Rady przyjęto.

3) Sprawozdanie Zarządu Izby za rok ubiegły. W okresie sprawozdawczym odbył Zarząd 9 posiedzeń, na których załatwiono wszystkie wpływy do dziennika podawczego Izby. Ze spraw większej wagi wymieniamy: Określenie pojęcia praktyki lekarskiej.

Zarząd Izby wyraził zdanie, że do Izby lekarskiej powinni należeć lekarze, wykonujący czynności lekarskie w najszerszem znaczeniu słowa, a więc także profesorowie przedmiotów lekarskich teoretycznych, lekarze powiatowi, znawcy sądowi, lekarze kliniczni i szpitalni, więzienni i t. d. W sprawie projektu ustawy o zwalczaniu chorób zawodowych Zarząd Izby oświadczył, że projekt Ministerstwa Zdrowia publ. jest w obecnym czasie przedwczesny, ze względu na bardziej piekące potrzeby Państwa, że jest niedokładny, ponieważ nie uwzględniono w nim całego szeregu chorób zawodowych, że nakłada na lekarzy nowe ciężary, jak n. p. obowiązek donoszenia o spostrzeganych przypadkach chorób zawodowych, bez wynagradzania lekarzy za te czynności.

W sprawie państwowej pomocy lekarskiej dla funkcjonarjuszy państwowych odniósł się Zarząd Izby do Naczelnej Izby lekarskiej z prośbą o wdrożenie odpowiednich kroków u Władz państwowych celem załatwienia tej ważnej sprawy bez pominięcia słusznych żądań lekarzy; jako zasadę postawiono wolny wybór lekarzy.

Projekt Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej w sprawie uzupełnienia ustawy o praktyce lekarskiej, dla zabezpieczenia świadczeń lekarzy dla Kas Chorych.

Sprawa ta znana jest zapewne wszystkim lekarzom, gdyż ogłoszono w „Polskiej Gazecie lekarskiej" tak projekt zmiany ustawy, jakoteż opinję Izby lekarskiej o tym projekcie. Powtarzamy tu, że niesłychany ten zamach na wolność pracy lekarzy opiewał: „Do czasu zawarcia umowy pomiędzy Kasą Chorych a lekarzami, względnie, w razie jednostronnego jej zerwania przez lekarza, wszyscy lekarze, wykonujący praktykę lekarską na terytorjum danej Kasy, obowiązani są leczyć osoby uprawnione do świadczeń Kasy i przyjmować od nich bądź za oddzielną poradę, bądź za zabieg lekarski lub leczenie dłuższe, należność w wysokości odpowiadającej połowie skali wymienionego w ustępie 1-ym cennika". Na opornych przewiduje projekt dotkliwe kary pieniężne. Na taki niesłychany projekt gwałtu i bezprawia odpowiedział Zarząd Izby opinją utrzymaną w tonie ostrym i stanowczym, którą to opinję podzieliły i inne Izby lekarskie w państwie.

Projekt ustawy o zakładach leczniczych.

W tej ważnej i trudnej sprawie Zarząd Izby nie wydał jeszcze opinji, gdyż referenci nie ukończyli jeszcze swych elaboratów.

Przeciw przyjmowaniu chorych, nieubezpieczonych w Kasach Chorych, do prześwietlania w Zakładzie roentgenologicznym Związku Kas Chorych w Krakowie za wynagrodzeniem wniósł Zarząd Izby do Województwa w Krakowie zażalenie następującej treści:

„Do wiadomości Izby lekarskiej w Krakowie doszło jużto drogą pism codziennych, jużto drogą pisemnego zażalenia grona roentgenologów krakowskich — że nowootworzony Zakład roentgenologiczny Okręgowego Związku Kas Chorych w Krakowie, przy ul. Batorego Nr. 6. — zajmuje się niedozwoloną ustawami płatną praktyką w zakresie roentgenologji dla osób nieubezpieczonych zupełnie w Kasach Chorych, a więc nie będących ich członkami. Jednem słowem Zakład roentgenologiczny Związku Okręgowego Kas Chorych rozpoczął zarobkową praktykę prywatną, bez pozwolenia Władz, do których ma podobno dopiero wnieść podanie o koncesję na wykonywanie tego rodzaju praktyki.

Zarząd Izby lekarskiej w Krakowie, jako instytucji stojącej ustawowo na straży interesów stanu lekarskiego, postanowił jednomyślną uchwałą na posiedzeniu dnia 11 b. m. odbytem, zwrócić się do Województwa, jako Władzy nadającej koncesje na wykonywanie zabiegów leczniczych, czy też choćby rozpoznawczych tylko, z protestem przeciw ewentualnemu nadaniu koncesji na praktykę roentgenologiczną wspomnianemu Zakładowi.

Do powzięcia powyższej uchwały Zarząd Izby lekarskiej w Krakowie powoduje się następującemi względami: 1) Przedewszystkiem wykonywanie jakiejkolwiek praktyki lekarskiej przez Kasy Chorych i zakłady przez nie prowadzone wobec osób nie będących członkami tychże Kas jest ustawowo niedopuszczalnem, gdyż w ten sposób Kasy przekraczają zakres swego działania. Olbrzymia ilość członków Kas Chorych stanowi aż nadto wielki materjał leczniczy i jeżeli ten tylko potrafią Kasy Chorych należycie obsłużyć, spełnią aż nadto swe zadanie, bez szukania nowego a ustawowo niedopuszczalnego pola działania. 2) Wdawanie się Kas Chorych w praktykę prywatną, bo o taką przecież tutaj tylko chodzi, prowadzi przedewszystkiem do niedozwolonej konkurencji z lekarzami poza obrębem Kas Chorych stojącymi a pośrednio do spauperyzowania stanu lekarskiego, który wobec wybujania instytucji Kas Chorych i tak już cierpi. 3) Nowy zakład roentgenologiczny puszczający się na praktykę prywatną poza kasową, jest w Krakowie instytucją w zupełności zbędną; w Krakowie bowiem mamy razem z klinicznemi zakładami roentgenologicznemi 12 (dwanaście) instytucji, zajmujących się roentgenodjagnostyką i roentgenoterapją, a więc mamy zakładów takich ilość więcej, niż wystarczającą na potrzeby tak miejscowej ludności jak i przyjezdnych chorych. Dodać przy tem należy, że pomiędzy temi zakładami jest kilka wyposażonych bardzo obficie w najnowsze przyrządy i uprawiających najnowsze i wielce naukowe metody badania, czego dowodem pokazy i wykłady w Towarzystwie lekarskiem. 4) Stworzenie zakładu roentgenologicznego przez Kasę Chorych, a obliczonego na prywatne zarobkowanie i konkurencję z lekarzami prywatnie praktykującymi może się fatalnie odbić na członkach Kas Chorych, dla których właściwie i wyłącznie zakład taki winien być przeznaczonym. jest przecież ludzką i chyba zupełnie jasną rzeczą, że w Zakładzie takim, jak zresztą w każdym podobnym innym, pierwszeństwo w leczeniu i badaniu muszą mieć zawsze płatni chorzy, a po nich dopiero kasowi chorzy. Nie potrzeba chyba dowodzić, że stan taki nie będzie z pożytkiem dla kasowych chorych. 5) Założenie zakładu należącego do Kasy Chorych, a wykonującego praktykę zarobkową poza gronem ubezpieczonych w Kasie członków, może stworzyć precedens do zakładania innych podobnych instytucyj lekarskich pod opiekuńczemi skrzydłami Kas Chorych, zarobkowo praktykujących. Niedługo może usłyszymy o ambulatorjum chirurgicznem, dentystycznem, czy też ginekologicznem, wykonującem specjalistyczne praktyki poza obrębem Kas Chorych, a przez nie stworzonem. Stan taki będzie stanowił pierwszy krok do zsocjalizowania pomocy lekarskiej na wzór rosyjski. Przeciwko takim zamierzeniom Kas Chorych Izba lekarska protestuje z swego obowiązku i protestować nie przestanie imieniem ogółu lekarzy i dlatego zwraca się do Województwa, jako władzy, stojącej na straży obowiązujących ustaw sanitarnych z przedstawieniem całej sprawy, którą Województwo zechce wziąć pod światłą rozwagę.

Izba lekarska uprasza tedy a) o stwierdzenie, że Zakład roentgenologiczny Okręgowego Związku Kas Chorych w Krakowie zajmuje się niedozwoloną ustawami praktyką dla osób nie

ubezpieczonych w Kasach Chorych. b) o stanowczy zakaz takiego wykonawstwa niedozwolonej praktyki zarobkowej bez upoważnienia powołanych do tego władz; c) na wypadek, gdyby Okręgowy Związek Kas Chorych wniósł podanie o koncesję na wykonywanie takiej praktyki zarobkowej, raczy Województwo podanie takie załatwić odmownie, jako przeciwne obowiązującym ustawom, zwłaszcza wobec powyżej przytoczonych momentów".

Ponieważ Ministerjum Zdrowia Publicznego pomijało stale Izbę lekarską w udzielaniu pozwoleń na czasowe wykonywanie praktyki lekarskiej, Zarząd Izby uchwalił upomnieć się u władz państwowych o zasięganie w każdym takim przypadku opinji Izby lekarskiej po myśli art. 4-go ustawy o praktyce lekarskiej.

O działalności Naczelnej Izby lekarskiej zdaje sprawę Naczelnik Izby krakowskiej.

Sprawozdanie Zarządu Izby przyjęto.

4) Sprawozdanie Skarbnika Izby lekarskiej w Krakowie za rok 1923 (od dnia 12. III. 1923 r.)

Nowy Zarząd Izby lekarskiej w Krakowie, obejmując w myśl art. 47. ustawy z 2 grudnia 1921 r. majątek zlikwidowanej Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej, zastał stosunki finansowe i gospodarcze w opłakanym stanie. Skutkiem kilkuletniej wojny i rozprószenia lekarzy członków Izby, nie można było prowadzić finansów Izby z jaką taką choćby energją. Wkładki członków, stanowiące jedyny dochód Izby napływały bardzo skąpo, ściąganie ich w drodze egzekucji administracyjnej było wręcz niemożliwem. Majątek Izby umieszczony na książeczkach bankowych i w pożyczce państwowej stopniał skutkiem dewaluacji do tego stopnia, że nie było poprostu za co pokrywać kosztów biura i utrzymania lokalu. Urządzenie lokalu zniszczone, brak zapasów biurowych, niezapłacony czynsz za pierwszy kwartał 1923 r., ogólna obojętność członków na wszelkie odzewy Zarządu — oto niepocieszający obraz ostatnich chwil istnienia dawnej Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej.

Niezbędne koszta, jak opłata personalu, portorjów, telefonu i światła, pokrywane były przez ówczesnego Prezydenta Izby dr. Stefana Strzemieńskiego, z jego prywatnych funduszów, nikt inny bowiem Izbą lekarską się nie zajmował.

Ostatecznie przy likwidacji objęła nowa Izba lekarska dzielnicowa w Krakowie dnia 13 marca 1923 r.

majątek w wysokości	44.941 mk.
długi w wysokości	83 986 mk.
a więc niedobór w wysokości	38 045 mk.

»Majątek« składał się z kilku książeczek bankowych opewających na drobne kwoty, z zalombardowanej pożyczki państwowej, z kilkunastu obecnie bezwartościowych akcji T. A. „Kosmos", wreszcie z kilkunastu tysięcy marek gotówką, długi zaś stanowiły wydatki, poczynione z prywatnych funduszów dr. Stefana Strzemieńskiego, ratującego zawsze Izbę w jej krytycznem położeniu.

Po uchwaleniu wysokości wkładki rocznej przez Radę Izby, przystąpiono natychmiast do energicznego ściągania należytości. Wpływały one tak sprawnie, że już w pierwszych miesiącach urzędowania zdołaliśmy zapłacić przedewszystkiem długi, następnie poprawić placę personalu, odnowić lokal i meble Izby, zniszczone 20-letniem używaniem. Zakupiliśmy zapas biurowych potrzeb, których cena rosła z dnia na dzień, a które były prawie w zupełności wyczerpane, wreszcie zapłaciliśmy zaległy czynsz.

W lecie biuro Izby lekarskiej mogło już funkcjonować zupełnie prawidłowo, a wtedy stanęło przed nami widmo nowej troski, mianowicie gwałtownie postępująca dewaluacja, skutkiem czego znaleźliśmy się wobec niebezpieczeństwa utraty z takim trudem i kosztami zbieranych wkładek.

Chroniąc się przed tą dewaluacją, umieściliśmy rozporzą-

Zestawienie obrotu funduszów Izby lekarskiej za rok rachunkowy 1923. (od dnia 13 marca 1923).

Lp.	DOCHODY	Mkp.
1	Wkładki członków Izby lekarskiej	34,949.667
2	Dary dobrowolne	565.000
3	Odsetki od zakupionych złp. .	7,780.520
4	Sprzedaż 200 Złp. (cena zakupna)	2.946.900
5	Czysty zysk ze sprzedaży 200 Złp.	122,854.100
6	Zwrot zaliczek personalu . .	500.000
7	Pozostałość kasowa po dawnej Izbie lekarskiej	44.941
		169,641.128

Lp.	ROZCHODY	Mkp.
1	Mieszkanie, podatek wodoc. i lokat.	1,220 000
2	Światło i telefon	9,284.467
3	Wydatki gospodarcze (za lokal i meble)	1,164.500
4	Pensja sekretarki	30,578 924
5	Pensja woźnego	6,820.367
6	Zapasy biurowe	3,144.800
7	Portorja i należytości manipulacyjne P. K. O.	2,835.082
8	Wydatki na Radę Izby lekarskiej	394.000
9	Koszta Wydziału Izby . . .	697.000
10	Koszta podróży członków Izby Naczelnej	1,226.565
11	Subwencje udzielone Izbie Naczelnej	6,000.000
12	Spłata długów poprzedniej Izby lekarskiej	82.968
13	Zaliczki personalu	500.000
14	Zapomogi	4,305.000
15	Zakupno 400 złp. po kursie dz. 15.000	5,893.800
	Suma wydatków	74,147.511
	Saldo pozostałe na rok 1924	**95.493.617 ++)**
		169,641.128

++) W tem 200 złp. liczonych po kursie zakupna t. j. po 15.000 mk.

Skarbnik I. l.: Dr. *St. Jankowski*

Komisja Rewizyjna:

Dr. *T. Piotrowski* Dr. *Schneider* Dr. *B. Woyciechowski*

dzalną część naszych funduszów w bonach złotych i dzięki temu zdołaliśmy uzyskać zupełną równowagę budżetu. Zdołaliśmy pokryć nietylko wszystkie bieżące wydatki i udzielić zapomóg najbardziej potrzebującym, ale zdołaliśmy udzielić odpowiedniego zasiłku Naczelnej Izbie lekarskiej w Warszawie i to wszystko bez podnoszenia w ciągu roku rachunkowego wkładki rocznej — jak się później pokazało - z góry za nisko oznaczonej.

Dzięki umieszczeniu naszych rozporządzalnych funduszów w bonach złotych, zamknęliśmy rok rachunkowy 1923 saldem gotówkowem, wynoszącem blizko 95½ miljonów marek, w czem było 200 złotych polskich, liczonych po cenie kupna, t. j. po 15.000 mk. za 1 zł. p. W rzeczywistości tedy zamknęliśmy rok 1923 saldem, wynoszącem przeszło 370 miljonów marek, które pozostały na pierwsze potrzeby Izby w roku 1924, przed rozpoczęciem wpływu nowych wkładek, mających się uchwalić przez Radę Izby.

Te parodoksalne stosunki, wywołane dewaluacją marki, jakoteż stałą i gwałtowną zwyżką złotego polskiego, obrazuje najlepiej podane powyżej roczne zestawienie rachunkowe.

Wkładka roczna na rok 1923 oznaczona została w minimalnej wysokości 40.000 mkp. Pomimo tego przeszło 10% członków Izby nie zapłaciło wkładki jużto z powodu opieszałości lub zapomnienia, jużto z powodu zupełnego lekceważenia Izby lekarskiej i ustawowego obowiązku należenia do niej.

Tych zaległych wkładek nie zdołaliśmy w roku 1923 ściągnąć drogą egzekucji administracyjnej, gdyż wobec niskiej wartości wkładki, a wzrastających z dnia na dzień kosztów druku, papierów i portorjów, ściąganie wkładek w tak minimalnej wysokości nie byłoby się zupełnie opłaciło.

Dopiero po zwaloryzowaniu tych zaległych wkładek drogą uchwały Rady Izby lekarskiej przystąpimy do ich ściągnięcia drogą egzekucji, przewidzianą w ustawie — przedtem jednak zwracamy się do kolegów raz jeszcze z apelem o dobrowolne wyrównanie zaległych wkładek, aby kolegom i Zarządowi oszczędzić przykrości przymusowego ściągania.

Sprawozdanie przyjęto. Uchwalono nadto w interesie powagi Izby i dla przysporzenia środków pieniężnych ściągnąć bezwzględnie w drodze przymusowej zaległe wkładki, zwaloryzowane do kwoty 6 franków waloryzacyjnych za rok 1923.

5) Sprawozdanie Komisji Rewizyjnej wraz z wnioskiem o wyrażenie podziękowania skarbnikowi za wzorowe prowadzenie agend przyjęto jednogłośnie oklaskami.

6) Wkładkę do Izby na rok 1924 uchwalono w kwocie 12 franków waloryzacyjnych i upoważniono Zarząd Izby do stosownego podniesienia opłaty, gdyby kwota ta okazała się niedostateczną do opędzenia wydatków Izby.

7) Wybory uzupełniające do Zarządu Izby na rok 1924. W miejsce wylosowanych członków Zarządu drów Kostrzewskiego, Masnego i Suchodolskiego wybrano dra Masnego, prof. dr. Rutkowskiego i dr. Suchodolskiego.

8) Wybory uzupełniające do Sądu Izby lekarskiej. Wylosowanych członków Sądu drów Bartkiewicza, Budzyńskiego, Buchsa, Grzybowskiego, Kostrzewskiego, Landaua Jana sen., Rosego, Wróblewskiego, Zakrzewskiego i Żydłowicza, wybrano ponownie. W miejsce wybranych do Sądu Naczelnej Izby lekarskiej drów Jankowskiego i Wrześniowskiego wybrano do Sądu Izby lekarskiej Krakowskiej drów Artwińskiego i Okuszkę.

9) Wnioski i interpelacje członków.

a) Poruszoną przez dra Czaplickiego sprawę wydanego przez Starostwo w Nowym Targu rozporządzenia o chorych na otwartą gruźlicę, przebywających w Zakopanem, powierzono do załatwienia Zarządowi Izby w porozumieniu z wnioskodawcą.

b) Uchwalono porozumieć się z Naczelną Izbą lekarską, celem wypracowania noweli do ustawy o Kasach Chorych, ograniczającej prawo do ubezpieczenia się w tych Kasach przez ustanowienie górnej granicy dochodu ubezpieczonych.

c) Z powodu niesprawiedliwego wymierzania lekarzom podatków, samowolnego i wielokrotnego przypisywania lekarzom dochodów wbrew zeznaniom przez nich złożonym, polecono Zarządowi Izby wnieść protest do najwyższych władz skarbowych, wysłać w razie potrzeby deputację do Ministra Skarbu, zażądać zasięgania opinji w Izbie lekarskiej przy załatwianiu rekursów lekarzy, zażądać powoływania lekarzy do Komisji Szacunkowych.

d) W sprawie lekarzy specjalistów polecono Zarządowi Izby, aby w porozumieniu z Naczelną Izbą lekarską starał się o wniesienie w sejmie ustawy, normującej prawo używania tytułu lekarza specjalisty.

Zaraz po posiedzeniu Rady Izby lekarskiej odbyło się posiedzenie Zarządu, na którem wybrano zastępcami naczelnika Izby prof. dra Rutkowskiego i dr. Wrześniowskiego.

Na tem samem posiedzeniu powierzono Naczelnikowi, Skarbnikowi i Pisarzowi Izby wyznaczenie członków do Komisji dla wymiaru podatku majątkowego.

Otwarcie klinik (prowizorjów) neurologicznej i otolaryngologicznej Uniw. J. K. we Lwowie.

Dnia 4 b. m. zostały poświęcone i otwarte prowizoryczne kliniki neurologiczna i otolaryngologiczna Uniw. J. K. we Lwowie.

Przeszło 15 lat Wydział lekarski U. J. K. czynił u byłego rządu austrjackiego starania o stworzenie brakujących klinik, między innemi kliniki neurologiczno-psychjatrycznej i oto-laryngologicznej. Jakby na ironję losu kosztorysy i plany zostały zatwierdzone przez ministerstwo skarbu b. Austrji na kilka dni przed wybuchem wojny.

Po powstaniu Polski Wydział lekarski U J. K. podjął na nowo starania; licząc się jednak z tem, że nawet przy najprzychylniejszem traktowaniu sprawy przez nasze władze centralne, wybudowanie i urządzenie tak kosztownych gmachów będzie musiało potrwać lat kilka, postanowił starać się o utworzenie prowizorjów, choćby najskromniejszych, celem częściowego uzupełnienia tych nader dotkliwych braków Wydziału lekarskiego, uniemożliwiających wykształcenie przyszłych pokoleń lekarskich w części przedmiotów klinicznych. Chcąc dojść do celu w jak najkrótszym czasie i o ile możności najskromniejszemi środkami, Wydział lekarski rozpoczął starania u władz wojskowych o odstąpienie 2 baraków przy ul. Pijarów 6, a więc w sąsiedztwie reszty klinik. Uwieńczenie tych starań miało tem większe widoki, że identyczne 3 baraki już poprzednio w czasie wojny ukraińsko-polskiej za staraniem ówczesnego szefa sanitarnego armji, prof. H. Halbana, śp. gen. Iwaszkiewicz oddał Tymczasowemu Wydziałowi Samorządowemu na urządzenie oddziałów kiłowych. Dwa pozostałe baraki oddało Min. Spraw. Wojsk. po dłuższych staraniach Wydziałowi lekarskiemu dzięki gorącemu poparciu byłego dowódcy korpusu lwowskiego gen. Jędrzejewskiego i szefa sanit. gen. Zielińskiego.

Sprawa została w Warszawie ostatecznie korzystnie załatwiona. Każdy z baraków jest obliczony na około 40 chorych, chwilowo jednak zarówno prowizorjum neurologiczne jak i otolaryngologiczne ma popiero po 24 łóżek, z których po 20 zawdzięcza się Nacz. Komisarzowi dla walki z epidemją Dr. H. Palestrowi.

Fundusze, przeznaczone dotychczas na urządzenie prowizorjów, wystarczyły zaledwie na zakupno po kilka łóżek dla każdej z klinik. Jest jednak uzasadniona nadzieja, że stopniowo udzielane kredyty pozwolą na dopełnienie brakującego urządzenia do końca b. r., względnie w pierwszem półroczu r. 1925. Nie należy jednak przypuszczać, że prowizorja te mogą na czas dłuższy zastąpić właściwe przybytki nauki, jakiemi powinny być kliniki tak ważnych działów medycyny, jakiemi są choroby nerwowe, umysłowe, oraz choroby uszu i gardła. Przedewszystkiem same budynki, szare, niepodpiwniczone, budowane na lat około 20, a w rzeczywistości istniejące już dłużej, nie nadają się na umieszczenie chorych w czasie zimy. Prócz tego w baraku oddanym reprezentantowi katedry neurologiczno-psychjatrycznej nie mogło być mowy o urządzeniu choćby najskromniejszego umieszczenia dla umysłowo chorych, tak, że katedra ta co do części psychjatrycznej i nadal rozporządza tylko bardzo nielicznym materjałem.

Pomimo tych wszystkich wad i niedomagań, stworzenie prowizorjów jest zdobyczą ważną Wydziału lekarskiego naszej kresowej Wszechnicy, zdobyczą, którą zawdzięczamy zrozumieniu potrzeb Wydz. lek. nie tylko powołanego ku temu Min. W. R. i O. P. ale i Min. Spraw wojsk. i Min. Skarbu. Stworzenie prowizorjów klin. neurol. i oto-laryng. nie powinno jednak powstrzymać starań o wybudowanie nowych, wszelkim wymogom nauki odpowiadających klinik, albowiem obecne prowizorja nie mają warunków do spełnienia zadań naukowych i humanitarnych, jakie ciążą na klinikach, tak ważnego posterunku naukowego i narodowego, jakim jest Uniwersytet Jana Kazimierza.

Do Prenumeratorów!

W myśl uchwały ***Walnego Zgromadzenia*** *z dnia 11. maja 1924 Rada Nadzorcza Spółki Wydawniczej Lekarskiej* ***rozszerza rozmiary*** *P. G. L., i to już od czerwca b. r. celem rozwinięcia pisma i zaspokojenia potrzeb tak naukowych, jak i społeczno-lekarskich. Mimo szczupłych funduszów już Nry czerwcowe będą zawierać* ***2 arkusze tekstu*** *(bez ogłoszeń) od 1-go lipca zaś rozmiary zeszytu dojdą do* ***dwu i pół arkuszów****. Łącznie z tem* ***prenumerata*** *na III kwartał 1924 wyniesie 8 zł. dla członków Towarzystw zrzeszonych, a 9 zł. dla wolnych prenumeratorów.*

Wiadomości bieżące.

Paryż.

Posiedzenie Akademji lekarskiej z dnia 21 maja b. r. poświęcone zostało pamięci trzechsetnej rocznicy urodzin Sydenhama (1624 1689), którego współcześni zasłużenie zwali »angielskim Hipokratesem«. Przedstawiciele angielskich Towarzystw lekarskich byli obecni na tem posiedzeniu.

Profesor Chauffard przedstawił zasługi Sydenhama, jako znakomitego obserwatora i znaczenie jego klasycznych prac, szczególnie nad dną, histerją, pląsawicą i ospą. Wielkiemu temu praktykowi nie był zresztą obcy żaden dział patologji ludzkiej; w każdym prawie posiadał swe spostrzeżenia, uwagi.

W dziedzinie terapji wreszcie imię Sydenhama łączy się z doskonałym preparatem makowca, t. zw. Laudanum Sydenhami.